





# El *SIDA* en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria



*José Antonio Izazola Licea / Editor*

*Coeditores*

*Laura Astarloa*

*Jorge Beloqui*

*Mario Bronfman*

*Pedro Chequer*

*Fernando Zacarías*

Basado en la XII Conferencia  
Internacional sobre SIDA  
Ginebra, Suiza  
1998



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

EL SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:  
UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINARIA

Primera edición, 1999

ISBN 968-5018-14-6

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

Coordinación editorial: José Antonio Izazola Licea  
Apoyo editorial: Victoria Castellanos  
Diseño: Laura Novelo Q.  
Producción: *Grafía*

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

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

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

ESTE LIBRO ESTÁ DEDICADO  
A LA MEMORIA DE  
JONATHAN MANN



*Anabella Arredondo*  
*Laura Astarloa*  
*Carlos Ávila Figueroa*  
*Jorge Beloqui*  
*Mabel Bianco*  
*Mario Bronfman*  
*Carlos F. Cáceres*  
*Bilali Camara*  
*Pedro Cahn*  
*Pedro Chequer*  
*Raquel Child*  
*Michel de Groulard*  
*Jorge R. Huerdo Siqueiros*  
*José Antonio Izazola Licea*  
*Carlos del Río*  
*Jorge Saavedra*  
*Luis Enrique Soto Ramírez*  
*Fernando Zacarías*



## CONTENIDO

### Presentación

11

### Prólogo

La respuesta al VIH/SIDA en América Latina  
*Secretaría Técnica del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal*

15

*In Memoriam* Jonathan Mann (1947-1998)

*Jaime Sepúlveda Amor*

19

Avances en la comprensión del VIH/SIDA: una visión multidisciplinaria

*José Antonio Izazola Licea / Laura Astarloa / Jorge Beloqui*

*Mario Bronfman / Pedro Chequer / Fernando Zacarías*

21

### SECCIÓN I

#### CIENCIAS BÁSICAS Y CLÍNICAS

Aspectos relevantes de las ciencias básicas con respecto a la epidemia de VIH/SIDA:  
variantes circulantes del VIH en América Latina, patogénesis y vacunas

*Luis Enrique Soto Ramírez*

47

Terapéutica anti-retroviral y de padecimientos asociados al VIH/SIDA.

Aspectos generales e implicaciones para América Latina y el Caribe

*Carlos del Río / Pedro Cahn*

83

### SECCIÓN II

#### EPIDEMIOLOGÍA

Epidemiología del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.

Niveles actuales, tendencias y tipología de la epidemia

*Anabella Arredondo*

107

Situación epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en Surinam  
y el Caribe anglófono (1982-1996)

*Bilali Camara / Michel de Groulard / Fernando Zacarías*

125

SECCIÓN III

IMPACTO ECONÓMICO DEL VIH/SIDA

Economía y SIDA en América Latina

*Jorge Saavedra*

143

La epidemia de VIH/SIDA en el contexto de las reformas del sector salud  
en América Latina

*Carlos Ávila Figueroa*

173

SECCIÓN IV

CIENCIAS SOCIALES

Contribución de las ciencias sociales para la comprensión de la epidemia  
del VIH/SIDA y la organización de las respuestas en su contra

*Raquel Child*

201

Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA  
en América Latina y el Caribe

*Carlos F. Cáceres*

217

SECCIÓN V

MOVILIZACIÓN COMUNITARIA

La movilización comunitaria como pieza clave para la prevención  
sostenida a nivel comunitario

*Mabel Bianco*

249

El papel de la movilización comunitaria en el acceso a anti-retrovirales en  
América Latina y el Caribe

*Jorge R. Huerdo Siqueiros*

273

Sobre los autores

297

## PRESENTACIÓN

A pesar de que la caracterización del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida se ha alcanzado apenas recientemente ya tiene un lugar en la historia de la humanidad por las implicaciones que, más allá de la salud, tiene en el desarrollo de los países y por su gran impacto en individuos y en grupos sociales. Esta pandemia afecta desigualmente a los países y a los individuos, siendo más severo su impacto en las naciones e individuos más pobres.

La esperanza de vida al nacimiento, uno de los indicadores más sensibles del nivel de desarrollo de los países, se ha visto disminuida hasta en 20 años en algunos países africanos; su impacto no tardará en manifestarse en algunos países latinoamericanos.

En un intento por acortar los tiempos de respuesta efectiva contra esta pandemia, se ha procurado que el nuevo conocimiento generado en los diversos campos de acción en el combate a la enfermedad se transmita oportunamente. La celebración de innumerables reuniones científicas nacionales e internacionales son sólo algunas de las múltiples actividades que persiguen dicho fin. Las Conferencias Internacionales sobre SIDA, que ahora se celebran cada dos años, conjuntan a las comunidades científicas y de las personas afectadas por el VIH/SIDA. La confluencia es rica por su variedad, pues concurren tanto científicos biomédicos básicos, clínicos, de salud pública y de ciencias sociales, así como personas que viven con VIH/SIDA, sus familiares y amigos, representaciones comunitarias de personas vulnerables o que han sido severamente afectadas por la epidemia, y medios de comunicación. En fin, esta reunión internacional que aglutina alrededor de 15 mil personas cada dos años se ha considerado un mecanismo de actualización constante de la enorme cantidad de información y conocimiento nuevo en la lucha contra el SIDA.

Este libro es una compilación multidisciplinaria del conocimiento acerca del SIDA y las formas de contender contra el padecimiento vertidos en la XII Conferencia Internacional sobre este tema celebrada en Ginebra, Suiza, en junio de 1998.

En él se revisan nuevos desarrollos científicos y tecnológicos, así como su aplicación en las comunidades, ya no en laboratorios, y trata, además, de dar contexto a este esfuerzo internacional. El lema del último congreso puede traducirse al español como *Construyendo puentes sobre la brecha*, en clara alusión a las diferencias entre países e individuos ricos y pobres. Los primeros, los de economías establecidas, tienen la esperanza de controlar la epidemia debido a la adecuada implantación de programas preventivos focalizados, la inclusión del tema del SIDA en programas de promoción de la salud enfocados a la población general, una vez cubiertas las necesidades de prevención específica, y el acceso universal a terapias anti-retrovirales múltiples. Los países que se encuentran en un proceso de desarrollo incipiente y los más pobres no comparten las alegrías de los países ricos debido a insuficiencias sociales y financieras, pues no han podido, en general, establecer intervenciones preventivas que frenen enfáticamente la epidemia; la escasez

de recursos en un entorno de múltiples necesidades tampoco ha permitido el acceso universal a las terapias anti-retrovirales de alta eficacia.

Por fortuna, en estas Conferencias se mantiene la esperanza puesto que se pusieron en evidencia algunas experiencias nacionales exitosas. Quizá la más notoria de los países de ingreso mediano fue Brasil, país en el que se demuestra que se pueden hacer intervenciones preventivas exitosas en una mezcla gubernamental y comunitaria, y se ha provisto cobertura universal de terapia anti-retroviral combinada incluyendo los fármacos más modernos aunque costosos.

La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) es la agencia ejecutiva de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC). Esta iniciativa, que fue creada en 1995 y ejecutada por FUNSALUD a instancias del Banco Mundial, opera bajo la estrategia regional del Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA).

SIDALAC ha trabajado desde el inicio de sus actividades en mejorar la comunicación entre países de la región dada la riqueza técnica que existe en América Latina y el Caribe, y ha tenido la fortuna de coincidir, en tiempo y en ideales, con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, un grupo constituido por los programas nacionales contra el SIDA de cada país. La cercanía con este importante socio en la lucha contra el SIDA no es casual, es producto de la convicción de que existe la tecnología necesaria en nuestros países para cerrarle el paso a la epidemia, lo que hace falta es acortar los tiempos de aprendizaje aprovechando la experiencia de países hermanos y, de manera muy importante, promover la voluntad política de los tomadores de decisiones.

SIDALAC ha tenido en su corta existencia modificaciones estructurales para permitirle un mejor funcionamiento. De esta manera, se mantienen como promotores de la Iniciativa al Banco Mundial y al ONUSIDA, y como otros socios de la mayor importancia al Grupo de Cooperación Técnica Horizontal; a los Programas Nacionales contra el SIDA; a la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud; a la agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (US-AID); a la Comisión Europea; a las agrupaciones no gubernamentales de base comunitaria, tanto regionales (LACCASO) como nacionales; a otras iniciativas subregionales existentes (por ejemplo, el Proyecto Acción SIDA en Centro América PASCA); los centros colaborativos de ONUSIDA con acción en la región (el Instituto Nacional de Salud Pública de México, la Universidad de Emory), y a muchas otras instituciones y organizaciones que sería prolijo enumerar que, sin embargo, son de gran importancia para nuestro diario quehacer.

Uno de los cambios estructurales que SIDALAC ha tenido es la relativamente reciente modificación de sus términos de referencia. En ellos se intenta optimizar las actividades desarrolladas mediante la focalización de nuestras actividades de acuerdo a la ventaja comparativa que ofrece FUNSALUD.

Los nuevos términos de referencia que fueron aprobados en el ejercicio del año 1998 por el Comité Internacional de Conducción se pueden resumir en tres áreas:

- Promoción de la participación del sector privado en la lucha contra el SIDA mediante la creación de Consejos Empresariales Nacionales contra el SIDA.
- Promoción de la comunicación entre países de la región para la cooperación técnica.
- Producción de información útil para la toma de decisiones, fundamentalmente en los aspectos relacionados con el impacto económico del VIH/SIDA y el funcionamiento de los sistemas de salud de los países.

Este libro es un ejemplo de las actividades que SIDALAC hace en seguimiento de sus términos de referencia y es el segundo de este tipo. El primero sirvió para diseminar la información vertida en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en Vancouver, Canadá, realizada en 1996, a quienes no pudieron asistir al evento y que sólo se enterarían de la misma por lo difundido por los medios de comunicación. Esa publicación se hizo accesible por Internet en la página electrónica de SIDALAC, y mediante la distribución del material en papel tuvo como fin acercar la información a la toma de decisiones.

Esta segunda publicación contó con la participación de veinte destacados expertos de América Latina y el Caribe reconocidos internacionalmente. La estructura del libro se integra por un editor general y cuatro coeditores. Las cuatro secciones que conforman el libro son: *Ciencias básicas y clínicas*, editada por la doctora Laura Astarloa; *Epidemiología*, editada por el doctor Fernando Zacarías; *Impacto económico del VIH/SIDA*, editada por el doctor Pedro Chequer; las secciones *Ciencias sociales* y *Movilización comunitaria* fueron editadas por el doctor Mario Bronfman y el matemático Jorge Beloqui, respectivamente. La obra consta de diez capítulos temáticos, dos por cada sección, y una visión multidisciplinaria en la que se ofrece un resumen del contenido del libro y la visión de sus editores.

Por otra parte, el prólogo estuvo a cargo de la Secretaría Técnica del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, presidido por la doctora Patricia Uribe en el periodo 1998-1999.

El doctor Jaime Sepúlveda dedica el texto *In Memoriam* a nuestro malogrado colega, el doctor Jonathan Mann. Puesto que este libro es un merecido homenaje a su memoria creo pertinente transcribir algunos fragmentos de lo que expresé en la ceremonia celebrada durante el Congreso Nacional de Salud Pública que tuvo lugar en marzo de 1999 en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Jonathan fue un excelente médico, científico, líder en la salud pública y en la lucha por los derechos humanos; y, más que nada, un buen amigo personal. Llamamos malogrado a quien, por su muerte prematura, se ve impedido para desarrollar todo el potencial que trae dentro de sí; ciertamente Jonathan dio mucho pero por sus reconocidos dones estaba llamado a dar mucho más. Por eso, la pérdida de este ilustre personaje nos afecta considerablemente a todos los que le conocimos personalmente, y también trastoca la lucha contra el SIDA y los derechos humanos en todo el mundo. Su amplia trayectoria profesional en su país de origen, Estados Unidos, su papel internacional en el trabajo de campo en el continente africano, su liderazgo en la Organización Mundial de la Salud (OMS), su combate contra el SIDA, y su papel en la academia como profesor y como líder en la promoción de los derechos humanos y la salud al crear el Centro Francois Xavier Bagnoud en la Universidad de Harvard, son ampliamente reconocidos. Es difícil rendir un adecuado tributo al doctor Mann sin caer en un larguísimo recorrido de sus logros y experiencias; su pensamiento arraigó profundamente en todo el mundo. Después de su salida de la Organización Mundial de la Salud, el doctor Mann erigió otro pilar en la salud pública moderna: el vínculo entre la salud y los derechos humanos. Tras su acogida en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard como profesor de salud internacional en el área de epidemiología, el doctor Mann creó el Centro de Salud y Derechos Humanos Francois Xavier Bagnoud, así nombrado para honrar a un valiente joven que perdió la vida en un rescate aéreo. Desde ahí, Mann se dedicó a la defensa de los derechos humanos, no sólo en el tema del SIDA sino de la salud en general.

En el ámbito internacional, la influencia del doctor Mann quedó manifiesta, entre tantas otras, al promover la reunión de Ministros de Salud en Londres en 1988 en torno a la lucha contra el SIDA. Esta reunión, a la que acudió un mayor número de ministros que a cualesquiera de las Asambleas Mundiales de Salud, según lo expresó el doctor Hafdan Mahler, entonces Director General de la OMS, fue concebida para compartir las experien-

cias a nivel de país documentando el avance de la epidemia, se agregó la necesidad de difundir información útil para la toma de decisiones. Ahí se reconoció que *“En ausencia, por el momento, de una vacuna o cura para el SIDA, el componente mas importante de los programas nacionales de SIDA es la información y la educación, porque la transmisión por VIH puede ser prevenida por medio de un comportamiento bien informado y responsable”*.

El Primer Simposio Internacional de Información y Comunicación para Prevención del SIDA, organizado para redoblar los esfuerzos en educación e información con la activa participación de Mann, tuvo lugar en Ixtapa, México, en octubre de 1988 y pudo reunir a expertos de 65 países.

Otro más de los ejemplos del liderazgo incomparable de Jonathan Mann se expresó en la creación de la Comisión Mundial de SIDA, cuerpo colegiado que congregó a un grupo de alrededor de 25 personas de diversas experiencias y nacionalidades. Vale recordar que dos de los protagonistas de una discusión acerca de la paternidad del descubrimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, los doctores Luc Montagnier y Robert Gallo, dejaron a un lado sus diferencias para trabajar codo a codo en esta comisión que tan buenos resultados produjo.

Tuvimos la fortuna de recibir en su última visita a México al doctor Mann cuando aceptó participar en una reunión que organizamos bajo el auspicio de El Colegio Nacional y la Academia Nacional de Medicina en abril de 1996, en la que presentó la ponencia *Derechos humanos y SIDA: el futuro de la pandemia*.

La lucha mundial contra el SIDA fue concebida por el doctor Jonathan Mann y sus colaboradores inmediatos; sus postulados persisten y gracias a ellos se han prevenido muchas infecciones por el VIH; su legado trasciende a su sensible desaparición puesto que numerosos países y centenares de colegas en las áreas de salud y de derechos humanos se han beneficiado de su contribución.

Estamos en deuda con Jonathan Mann. Demos continuidad a sus enseñanzas mediante un trabajo comprometido con la prevención del VIH/SIDA, con la atención adecuada de los afectados por esta pandemia; sigamos su ejemplo de defensa de los derechos humanos como la mejor estrategia por la salud y el bienestar. Reiteramos a Jonathan nuestro afecto y admiración imperecederos.

*Dr. Guillermo Soberón Acevedo  
Presidente Ejecutivo  
Fundación Mexicana para la Salud*

## PRÓLOGO

### LA RESPUESTA AL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA

América Latina se caracteriza por una gran diversidad cultural, política y social, en donde existen diversas similitudes pero también grandes diferencias. En las últimas décadas han tenido lugar diversos procesos políticos y sociales que han conformado distintas modalidades de participación social y del Estado en la mayoría de los países.

En la región subsisten varias tipologías de los modelos de sistemas de salud, desde un sistema público unificado en el cual el Estado financia y suministra los servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente —como sucede en Cuba y Costa Rica—, o el modelo más frecuente, el sistema de salud segmentado, que establece diversas modalidades de acuerdo a la capacidad de pago de la población, en el que las instituciones de seguridad social cubren a quien pertenece al sector formal de la economía, el sector privado a las clases que cuentan con los recursos suficientes para absorber los costos de su atención, y la población con menos recursos es cubierta por servicios que proporciona el Estado.

América Latina cuenta con un importante desarrollo de tecnología, una gran participación en la producción científica en diferentes campos de la salud, y con personal altamente calificado en el área del VIH/SIDA; sin embargo, estos recursos generalmente se encuentran concentrados en algunas zonas, lo que genera enormes contrastes internos y entre los países.

El ritmo de la propagación del VIH/SIDA en América Latina ha sido menor que en el resto del mundo en desarrollo; sin embargo, se encuentra ya bien establecida en la mayor parte de los países de la región, con gran variación en el nivel de infección, la rapidez de su diseminación y los grupos que más se están afectando. En gran parte de los países latinoamericanos la epidemia está catalogada como una epidemia concentrada, ya que se localiza con bajas prevalencias en la población general (menores del 1%) y con prevalencias crecientes en ciertos grupos (1% al 25%).

Durante varios años, y debido a la idea de que en América Latina la epidemia no tenía una dimensión suficiente, la región no fue considerada a nivel internacional como prioritaria, trayendo como resultado una escasa canalización de recursos, una respuesta restringida, y un gran desconocimiento de la problemática existente por la mayor parte de los organismos internacionales.

Esta situación afortunadamente ha ido cambiando paulatinamente, ya que se ha reconocido que existen regiones y países prioritarios, según sus grandes carencias y necesidades de apoyo, y países que ofrecen oportunidades, como sucede en América Latina, en donde existe la posibilidad de detener la epidemia antes de que alcance dimensiones como las de algunos países de África, Asia o el Caribe, y cuenta con experiencias valiosas que pueden contribuir a mejorar la respuesta a la epidemia en otros países.

A través de los años se ha generado experiencia, se ha mejorado el conocimiento que existe sobre la epidemia, se ha aprendido qué funciona y qué no, y se han emitido

políticas, lineamientos y recomendaciones internacionales en el área. La epidemia del VIH/SIDA continúa y nos ha enseñado muchas lecciones; una de las más importantes ha sido que es necesaria la cooperación y el esfuerzo conjunto.

Diversas organizaciones internacionales han establecido desde el inicio de la epidemia una cooperación internacional para optimizar los esfuerzos en la lucha contra el VIH/SIDA. En ocasiones, esta cooperación se dio de una manera vertical, sin considerar las necesidades y situaciones particulares de cada localidad, ofreciendo un apoyo homogéneo que respondía sólo a las políticas y prioridades de cada organización. Este tipo de cooperación contribuyó a fortalecer los programas de varios países que no contaban con los recursos para hacer frente a sus necesidades; sin embargo, no era la más adecuada.

En 1995 surge SIDALAC como una iniciativa regional de Banco Mundial y ONUSIDA para la prevención y control del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, la cual proporciona apoyo a los países de la región a través de promover proyectos de investigación o estudios de caso que contribuyan a generar información útil para la toma de decisiones en la región.

El Programa Mundial contra el SIDA a partir de 1996 une los esfuerzos de seis agencias de Naciones Unidas estableciendo el Programa Mundial Conjunto de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), integrado por la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNDP, UNFPA, UNESCO y el Banco Mundial. La misión de ONUSIDA es dirigir, apoyar y fortalecer la respuesta ampliada en todo el mundo a través de la prevención del VIH, de la atención y el apoyo a las personas afectadas, de reducir la vulnerabilidad de los individuos y comunidades y de la disminución del impacto de la epidemia en el mundo.

Es claro que un aspecto fundamental en el combate del VIH/SIDA es lograr ampliar la respuesta de los países a través de procesos de la planificación estratégica, la descentralización y el establecimiento de redes de cooperación entre ONGs, instituciones gubernamentales y diversos actores que intervienen en la lucha contra el VIH/SIDA.

Como respuesta a la situación en la región, en noviembre de 1995 representantes de los Programas Nacionales contra el SIDA de diversos países latinoamericanos y del Caribe suscribieron un documento en el que se hacía constar la necesidad de establecer relaciones cooperativas directas entre los actores gubernamentales de la región. Surgió entonces el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) en VIH/SIDA de América Latina y el Caribe, que planteó la cooperación como *“un proceso de compartir experiencias, conocimientos, tecnologías, en circunstancias de igualdad, con una transferencia recíproca, no vertical, con base en una agenda acordada en común.”*

El objetivo de este grupo es compartir y extender las capacidades y experiencias de los países de la región a otros con menor desarrollo. El GCTH está apoyado por el Programa Conjunto de Naciones Unidas contra el VIH/SIDA (ONUSIDA) y actualmente está integrado por los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, El Salvador, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

La misión del GCTH encarna un concepto de cooperación técnica entre países en desarrollo que privilegia la relación entre pares y potencia sus fortalezas para un aprendizaje compartido, que busca hacer crecer y enriquecer las relaciones entre ellos, mejorar los métodos de trabajo, reconociendo realidades culturales diversas, espacios de experiencias múltiples y diversas, para transformar las actuales capacidades de acción y de gestión de los programas y equipos nacionales de SIDA, en el sentido de alcanzar un abordaje más eficaz del VIH/SIDA en la región.

Sus líneas estratégicas de acción buscan desarrollar redes de comunicación, mejorar y compartir la información biopsicosocial de la región en relación con la epidemia, desarrollar líneas de acciones conjuntas para mejorar la calidad y equidad en la aten-

ción de las personas que viven con VIH/SIDA en los países, por ejemplo, en relación con las terapias con anti-retrovirales y tipos de asistencia, y llevar a cabo acciones compartidas con ONUSIDA y otras agencias de cooperación técnica.

El GCTH cuenta con una Secretaría Técnica *pro tempore*, que es rotativa y nombrada por el resto de los países. En 1996 esta posición estuvo a cargo de Chile; en 1997 de Brasil, y se eligieron cinco países como puntos focales: Argentina, Cuba, Chile, México y Venezuela. En 1998 México ocupa la Secretaría Técnica, y Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile y Venezuela fueron los países designados como puntos focales. El grupo ya ha logrado compartir información y habilidades, realizar talleres de manera conjunta, iniciar negociaciones en bloque y organizar la Primera Conferencia Latinoamericana de Cooperación Horizontal.

En todo el mundo se han establecido redes de cooperación al compartir cultura, fronteras, acuerdos o problemáticas. Estas redes o grupos de cooperación entre países, organismos civiles, gubernamentales y privados se han convertido en un espacio fundamental para compartir información, experiencias, tecnologías, mejores prácticas y habilidades.

Actualmente existen diversas redes en la región, entre las que se encuentran el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), el Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en SIDA (LACCASSO), la Red de Personas Viviendo con el VIH/SIDA (GNP), la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH/SIDA (ICW), la Asociación Internacional de Gays y Lesbianas (ILGA), y la Red Latinoamericana de Trabajadoras Sexuales.

Algunos países no tienen experiencia en procesos de cooperación horizontal y mecanismos para incorporar la participación de la comunidad civil en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud. En México, como en otros países, el SIDA es un problema de salud pública que ha acelerado el proceso para aprender a escuchar, incorporar, concertar y trabajar de manera conjunta con diversos sectores de la sociedad, incluyendo a organizaciones civiles y representantes de las personas afectadas por esta epidemia.

Es innegable que para lograr una respuesta amplia y eficiente que llegue a las comunidades y a los grupos de la sociedad a los cuales están dirigidas las diversas intervenciones, incluyendo a los grupos indígenas, migrantes, presos/as, adolescentes, mujeres y hombres de las comunidades más alejadas, se requiere del apoyo y la participación activa de las organizaciones de base comunitaria. Asimismo, es indispensable crear redes regionales e internacionales de comunicación e intercambio de experiencias entre todos los actores para potencializar los esfuerzos que cada país lleva a cabo a nivel nacional.

Existe una amplia trayectoria de cooperación regional en América Latina y éste es el momento de fortalecerla.

*Patricia Uribe Zúñiga  
Secretaria Técnica  
Grupo de Cooperación  
Técnica Horizontal*



*IN MEMORIAM JONATHAN MANN*  
(1947-1998)

La súbita desaparición de Jonathan Mann en el trágico accidente aéreo del 2 de septiembre de 1998, impactó profundamente a la comunidad científica internacional que labora en salud pública, SIDA y derechos humanos. De un momento a otro perdimos al primer y más visible líder en la lucha global contra el SIDA y las violaciones a los derechos humanos de las personas que viven con SIDA.

Se han publicado ya en revistas médicas y en Internet obituarios y reseñas de los logros profesionales del doctor Mann. Estas líneas intentan dar una perspectiva más personal, como compañero de banca y amigo de muchos años. Se buscará además dar cuenta de las visitas de Jonathan a México y de su impacto en la definición de políticas.

Conocí a Jonathan Mann en 1979 en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard; ambos estudiábamos la Maestría en Salud Pública. En ese entonces él ya era un epidemiólogo experimentado graduado del Servicio de Inteligencia Epidemiológica del CDC de Atlanta y había fungido por varios años como epidemiólogo estatal en Nuevo México. Conocía bien Harvard puesto que había hecho su licenciatura en historia en esa universidad, antes de estudiar medicina, y después como médico interno en el Hospital Beth Israel en Boston. No exagero al decir que fue un estudiante con las mejores calificaciones de esa generación.

En 1986 nos volvimos encontrar en Ginebra, en la sede de la Organización Mundial de la Salud. El doctor Mahler, Director de la OMS, lo nombró Director del Programa Especial de SIDA. Jonathan venía de pasar dos años en Zaire, en donde fundó una ambiciosa empresa que combinaban tanto investigación como intervenciones en SIDA. Durante los cuatro años que el doctor Mann lideró el programa global de SIDA logró revolucionar el concepto de salud pública. No sólo fue extraordinariamente exitoso en la obtención de financiamiento para el programa y personal talentoso, comprometido y leal, sino que además su carisma especial y su poder de comunicación le permitieron convencer a políticos, donadores y medios masivos a unir esfuerzos para combatir el SIDA.

Jonathan Mann consiguió superar la burocracia internacional y convenció a importantes tomadores de decisiones de que el problema del SIDA era universal y que se necesitaba una estrategia global para su combate. Logró hacer participar a otras agencias de las Naciones Unidas y del Banco Mundial. Desde el punto de vista de la disciplina de la salud pública, realizó innovaciones extraordinarias. Además del clásico enfoque biomédico y epidemiológico de la campaña mundial, introdujo las ciencias sociales y del comportamiento y los derechos humanos como componentes esenciales de la estrategia de intervención. Tuvo el buen tino de agregar a su grupo de colaboradores a gente experimentada de OMS, tanto de las ramas epidemiológicas como de las ciencias sociales; Daniel Tarantola y Manuel Carballo son ejemplos destacados. Buena parte del éxito del doctor

Mann era su talento como orador ante auditorios de cualquier dimensión y su capacidad como comunicador tanto con prensa como con medios masivos.

Como responsable de CONASIDA en aquellos años me tocaba viajar con frecuencia a Ginebra para reuniones de tipo técnico y financiero. Jonathan disfrutaba de convidar a cenar a su casa a sus amigos, y así tuve la oportunidad de conocer mejor a su familia. Jonathan, como Marie Paule, su primera esposa, eran muy buenos anfitriones.

La primera visita de Jonathan a México fue en junio de 1987. Además de revisar los programas de CONASIDA presentó una ponencia en el Auditorio del Centro Médico Nacional. La noticia de su presentación había aparecido en radio y televisión y acudió a escucharlo una verdadera manifestación. Nunca en la historia de la Academia Nacional de Medicina, anfitriona de ese evento, ha tenido una audiencia tan nutrida.

La siguiente visita del doctor Mann a nuestro país ocurrió por la Primera Conferencia Internacional de Información y Educación en SIDA, que se llevó a cabo en Ixtapa en octubre de 1988.

Jonathan había tenido la atrevida idea de separar las conferencias científicas, es decir, más de corte biomédico y clínico, de aquéllas en donde el propósito fundamental es un intercambio de ideas y experiencias en programas nacionales e intervenciones con grupos poblacionales. Por cierto, esa conferencia fue inaugurada por el entonces presidente Miguel de la Madrid. Como resultado de ese encuentro, reunimos material de todo el mundo y editamos conjuntamente con el doctor Harvey Fineberg un libro sobre el tema.

Jonathan Mann era una persona exigente, inquieta y difícil de complacer. Renunció a la OMS en 1990, como muestra de su inconformidad por la mediocridad del entonces nuevo Director General de la Organización. Fue inmediatamente invitado como profesor de la Escuela de Salud Pública de Harvard, desde donde desarrolló un ambicioso programa sobre salud y derechos humanos; esta nueva etapa de su carrera fue asimismo exitosa y productiva. Desde la academia, Jonathan seguía siendo muy influyente como defensor de los derechos humanos de los enfermos. Otras esferas más personales de su vida, sin embargo, no marchaban tan bien. Su matrimonio de más de dos décadas se disolvió al tiempo que sus padres, ya viejos, enfermaban y morían. Fue después de estas sacudidas vitales cuando Jonathan buscó nuevos retos y horizontes profesionales. Renunció a su puesto de profesor definitivo en Harvard y aceptó una oferta para dirigir una nueva escuela de Salud Pública en Filadelfia. Esta oferta nunca se materializó, pues dicha escuela carecía de recursos financieros para operar.

En abril de 1996 Jonathan hizo su última visita a México. Vino como ponente a un simposio sobre SIDA y Derechos Humanos organizado por el Colegio Nacional y la Academia Nacional de Medicina. Estaba, en ese entonces, en plena separación matrimonial y se había rasurado su característico bigote; toda una señal de cambio interno.

Al cabo de un tiempo se casó con Mary Lou Clements, una distinguida investigadora en el campo de las vacunas. Estaban profundamente enamorados y murieron juntos en el fatídico accidente. Sus amigos y la comunidad de salud pública tendremos en estas muertes prematuras una sensación perenne de pérdida. Podemos encontrar consuelos, sin embargo, en alguno de sus escritos: *“debemos pagar tributo a los teóricos y a los practicantes de la salud pública, porque si nosotros pudimos ver lejos, se debe a que nos encumbramos en los hombros de gigantes que nos precedieron”*.

Jaime Sepúlveda Amor  
Director General  
Instituto Nacional de Salud Pública

AVANCES EN LA COMPRESIÓN DEL VIH/SIDA:  
UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINARIA ( 1, 2)

*José Antonio Izazola Licea*  
*Laura Astarloa*  
*Jorge Beloqui*  
*Mario Bronfman*  
*Pedro Chequer*  
*Fernando Zacarías*

### Introducción

La mayor disponibilidad de medicamentos anti-retrovirales eficaces —pero costosos— en los países industrializados y en unos pocos países en desarrollo, ha dado lugar a una disminución de la mortalidad por el SIDA y a una reducción en la progresión de la infección por el VIH hacia la etapa de enfermedad clínica.

Hemos estado viviendo una etapa de entusiasmo en los últimos tres años por dichos avances terapéuticos, así como por la evidencia de que las intervenciones comportamentales correctamente focalizadas pueden producir la adopción de prácticas sexuales de menor riesgo por hombres y mujeres. El espíritu presente en los últimos años ha sido una esperanza real de vencer a la devastadora epidemia.

Paradójicamente, en casi todos los países en desarrollo, el SIDA y las infecciones por el VIH siguen creciendo. Las enfermedades de transmisión sexual continúan afectando cada año a más de 300 millones de hombres y mujeres en todo el mundo, 40 millones de ellos en América Latina y el Caribe, a pesar de que en la mayor parte de los países se dispone de los conocimientos y la capacidad técnica para reducir sustancialmente su transmisión y proveer tratamiento óptimo y oportuno.

Esta situación, grave por sí misma, tiene implicaciones para la pandemia del VIH/SIDA. Se ha comprobado que existe una interacción entre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) ulcerativas (sífilis, chancroide y herpes) e inflamatorias (gonorrea, tricomoniasis, clamidiosis), y la transmisión del VIH. Sin embargo, no se ha prestado suficiente atención ni se han dedicado suficientes recursos a la prevención de estas enfermedades en América Latina y el Caribe. Debido a un renovado interés científico, técnico y financiero, al menos parcialmente asociados al VIH/SIDA las condiciones actuales son propicias para orquestar respuestas más enérgicas e integrales para prevenir y controlar las ETS a escala regional y de los países. Particularmente ahora que los países de la región latinoamericana y del Caribe están en condiciones de brindarse cooperación técnica entre sí, por ejemplo a través del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) entre países de América Latina.

En efecto, la prevención sigue siendo una pieza angular en el combate al VIH/SIDA. Aun así, con frecuencia se menciona que el mayor acceso a los anti-retrovirales va a traer como resultado una disminución de los recursos destinados a la prevención del VIH. Nada puede ser más preocupante y debe evitarse a toda costa. Los recursos necesarios para proveer tratamiento deben ser, obligatoriamente, recursos adicionales a los ya destinados a la prevención de la infección por VIH, los cuales son a todas luces insuficientes.

*Construyendo puentes sobre la brecha*, fue el lema de la XII Conferencia Internacional sobre SIDA en Ginebra, en donde nuevamente quedaron muchos interrogantes

sin respuesta. Aún están pendientes en la agenda científica, por ejemplo, la determinación de la eficacia a largo plazo de los medicamentos anti-VIH, su toxicidad, el desarrollo de resistencia viral a los mismos; tampoco se previenen todas las nuevas infecciones que se podrían prevenir; la disparidad entre las naciones ricas y pobres es abismal, no sólo en cuanto a terapéutica anti-retroviral, sino también en prevención.

Nuevamente se afirma, tal y como se ha hecho innumerables veces, que mientras no exista una vacuna o un tratamiento cien por ciento efectivo y accesible, la prevención seguirá siendo el mejor remedio para evitar incrementos en las cifras de personas con nuevas infecciones por VIH.

Internacionalmente, los expertos coinciden en que la mejor recomendación sobre medidas de prevención es que éstas debieran estar dirigidas hacia donde está la epidemia utilizando los datos proporcionados por investigaciones epidemiológicas adecuadas en lugar de dirigirse hacia donde se pudiera imaginar que la epidemia está, con base en las opiniones e intereses de grupos de presión e ideas extremistas o populares en algunos medios.

Muchos países han invertido grandes sumas de dinero luchando contra epidemias imaginadas, enfocadas a grupos de personas que no eran vulnerables ni practicaban comportamientos de riesgo. Que, sin embargo, sí eran políticamente más fáciles o de mayor ganancia política de abordar que muchos de los grupos que efectivamente debían ser prioritarios pero que podrían estar socialmente estigmatizados.

En el transcurso del tiempo ha crecido el conocimiento acerca de las estrategias preventivas más efectivas, la selección de las poblaciones objetivo de intervenciones de prevención y el uso de los esquemas de tratamiento más eficaces y potentes. Sin embargo, existen brechas enormes entre este conocimiento y las acciones de los gobiernos. Hoy la región de América Latina y el Caribe presenta en general una epidemia de VIH concentrada en las grandes ciudades en grupos con prácticas de alto riesgo; al mismo tiempo, se tienen epidemias más recientes de menor magnitud en otras poblaciones (por ejemplo, en mujeres). Para enfrentar la epidemia del VIH en la región habrá, sin embargo, que elegir entre diferentes alternativas: promoción de la salud en medios masivos de comunicación dirigida, por ejemplo, a amas de casa y jóvenes sin, o casi sin, prácticas de riesgo, o realizar intervenciones focalizadas a los grupos con prácticas de riesgo, como por ejemplo algunos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, particularmente los más jóvenes, las y los trabajadores sexuales y sus clientes, y usuarios de drogas intravenosas y sus parejas.

En fin, hay que tomar decisiones difíciles y, algunas veces, controvertidas. Al final de las presentaciones del libro publicado por el Banco Mundial, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), la Comisión Europea y la Organización Mundial/Panamericana de la Salud, *Hacer frente al SIDA: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*, (3) sus autores (Martha Ainsworth y Mead Over) hacen una analogía que ahora se repite para entender la urgencia de hacer prevención de la manera más eficiente.

Si el SIDA se comparara con un incendio habría, al menos, dos formas de controlarlo. Una consistente en enviar a los bomberos a donde se ha originado éste y apagarlo; y la otra, dar pequeños extintores a la población general para que cuando el fuego llegara a las puertas de sus casas lo combatieran. Probablemente, incluso, el gasto sería mayor en este último caso, aun cuando su eficacia sería menor.

Más aún, si se opta por la opción de dejar los “fuegos” crecer en sus lugares de origen, equivale a decidir que los “culpables de los incendios” son descuidados y no vale la pena gastar recursos públicos en ellos; que lo realmente importante es proteger a “los inocentes que no causan los incendios”.

Sin embargo, se sabe que en el caso de los incendios es mejor apagarlos lo más pronto posible en donde ocurren y no esperar a que se diseminen en la comunidad, tanto por el bien de los habitantes de los barrios en donde se originan los incendios como por el bien de la comunidad en general. Hay que apagar los fuegos lo más pronto posible aunque no nos guste la razón por la que se iniciaron, y habrá que brindar la mejor atención médica posible a los que desafortunadamente “ya se quemaron”.

### Ciencias básicas y clínicas (4)

La XII Conferencia Internacional sobre SIDA, celebrada en Ginebra, Suiza, del 28 de julio al 3 de julio de 1998, ofreció en el campo de la investigación básica múltiples avances. Respecto al conocimiento de la patogénesis de la infección por VIH, especialmente en el entendimiento de los eventos tanto virales como inmunológicos que ocurren durante la infección primaria o primer contacto con el virus de un organismo. Uno de los hallazgos más importante es, quizá, el establecimiento de un reservorio viral en linfocitos T latentemente infectados (es decir, que no replican el virus). Estas células no son afectadas por los tratamientos anti-retrovirales potentes, de tal manera que al ser éstos suspendidos, pueden activarse y producir virus. Este reservorio se considera la principal limitación a la erradicación viral, a pesar del alto costo y largo tiempo de la terapia. La búsqueda de estrategias para poder eliminar estos reservorios se ha convertido por lo tanto en una prioridad. Por otra parte, se ha visto que la respuesta inmunológica en esta infección primaria determina el tiempo de evolución desde este momento hasta el desarrollo de SIDA por lo cual formas específicas para estimular esta respuesta.

Recientemente se ha logrado cristalizar la estructura de la proteína externa del virus que interactúa con su célula blanco, denominada gp120. Este descubrimiento es de vital importancia porque permite visualizar la interacción mencionada y por lo tanto potencialmente ser capaces de generar formas de bloquearla. Más aún, existen en varios países de América Latina y el Caribe algunas estrategias para el bloqueo de receptores, las cuales podrían ser probadas para VIH aun cuando no se profundice inicialmente en su forma de acción.

La progresión de la infección por VIH es muy variable. Dentro de los factores que pueden retrasarla se encuentran algunas alteraciones en la estructura de los receptores accesorios de virus en las células blanco, a los que se les denomina receptores de quimiocinas. Estas alteraciones hereditarias (de los padres) están distribuidas de manera diferente entre razas y grupos étnicos. Así, factores genéticos que son importantes para la protección en contra de la infección y para limitar la progresión a enfermedad, y que se han detectado en caucásicos, no son frecuentes en latinoamericanos, razón por la cual se ha convertido en una prioridad estudiar cuáles son los factores que son particulares en la región. Asimismo, se ha visto que las quimiocinas, sustancias que naturalmente se unen a estos receptores tienen un papel importante en el tratamiento anti-retroviral y en la respuesta a los candidatos a vacunas. Se deberán, entonces, estudiar los efectos de estas quimiocinas en la estructura genética predominante de sus receptores en latinoamericanos.

En el campo de vacunas se han hecho avances moderadamente significativos con la creación de múltiples productos biotecnológicos a ser probados. La unión de una vacuna a un coadyuvante para la estimulación del sistema inmune ha mejorado drásticamente la generación de respuesta protectora en el organismo en el que han sido aplicados; su relevancia es, sin embargo, dudosa puesto que no se sabe con certeza cuáles son los mecanismos inmunológicos que hay que estimular para realmente proteger contra la infección por VIH. Es claro que de cualquier manera con las vacunas obtenidas hasta ahora

no necesariamente se podría prevenir la adquisición de la infección viral sino sólo disminuir, prolongar o evitar la progresión a SIDA.

Por el momento, y ante tanta incertidumbre, el papel de los países de la región es el de crear la información necesaria que sirva de base para la aplicación de una vacuna cuando ésta aparezca. El conocimiento de las características de las variantes virales circulantes en cada región, y a las cuales se les ha denominado subtipos, por lo que ésta es otra de las prioridades a establecer de gran relevancia para la región. En este sentido es interesante notar la aparición de nuevos subtipos en la región, además del tradicional subtipo B, como el A, C y F (por ejemplo en Brasil); además de que se ha comprobado la existencia del subtipo mosaico o recombinante.

Algunas de las vacunas bajo estudio que utilizan virus VIH vivos pero atenuados no han demostrado su seguridad en primates superiores, pudiendo incluso causar la inmunodeficiencia. La experimentación de una vacuna de este tipo está postergada por el momento y se considera que es prioridad no exponer a nuestras poblaciones a estas vacunas bajo evaluación para resolver preguntas de los países industrializados, evitando de esta manera riesgos innecesarios en sus poblaciones. Las peculiaridades de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe nos obligan a estudiar los factores particulares que no van a ser profundizados por los países desarrollados, pero a la vez establecen a esta región como un campo de acción muy importante para el estudio de mecanismos diferentes de protección así como de nuevas opciones terapéuticas.

### **La terapia anti-retroviral (5)**

La Conferencia de Ginebra fue escenario para presentar las buenas noticias sobre los efectos benéficos de los fármacos. La mala es que los medicamentos tienen más efectos colaterales de los previamente anticipados e imaginados y la cura total (o erradicación del virus) es improbable con el solo uso de estos medicamentos.

Los avances en la terapéutica anti-retroviral y de los padecimientos asociados al VIH/SIDA han dado como resultado que el SIDA pueda ser considerado como una enfermedad crónica y no irremediablemente fatal. El uso de la terapia anti-retroviral combinada, ahora conocida como TARSA (tratamiento anti-retroviral sumamente activo) ha reportado importantes beneficios clínicos y una considerable mejoría en la calidad de vida de las personas con infección por VIH o que ya han desarrollado SIDA. En América Latina y el Caribe los beneficios de la terapia anti-retroviral son también ya evidentes en aquellos países donde se ha dado el acceso a TARSA, como es el caso de Argentina, Brasil, Uruguay y Costa Rica, en donde se proveen coberturas universales o cercanas al cien por ciento.

Hoy en día se cuenta en los países industrializados con un total de 12 medicamentos anti-retrovirales que han sido aprobados por las agencias reguladoras para ser utilizados en la práctica clínica. En virtud de la gran cantidad de medicamentos anti-retrovirales disponibles, es enorme el número de combinaciones potenciales posibles que se puede utilizar, pero la combinación de dos análogos de nucleósido y un inhibidor de la proteasa es la que cuenta con mayor experiencia y, por tanto, es el esquema inicial de elección para la gran mayoría de los expertos. De los cuatro inhibidores de la proteasa actualmente disponibles hay pocos datos que nos ayuden a decidir si uno es mejor que los demás y, por tanto, el que debemos utilizar preferentemente. Lamentablemente, los inhibidores de la proteasa muestran un alto grado de resistencia cruzada, por lo que, una vez que ha ocurrido falla debido a resistencia a uno de ellos es probable que los otros tampoco sean útiles.

El uso de inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa como parte del esquema inicial de tratamiento en combinación con dos análogos nucleósidos es poten-

cialmente atractivo ya que nos permite reservar a los inhibidores de la proteasa para su uso posterior en una estrategia escalonada y progresiva, luego de que las personas con VIH/SIDA han tenido una falla terapéutica; además, su vida media es muy prolongada por lo que su dosificación es cada 12 a 24 horas, lo que permite disminuir el número de pastillas por día e incrementar el apego al tratamiento.

En la Conferencia se presentaron estudios que confirmaron que el uso de inhibidores de la proteasa no es un requisito esencial ni excluyente para que un esquema anti-retroviral sea considerado como “sumamente activo”. En conclusión, la evidencia existente permite hoy en día considerar de manera racional y fundamentada el uso de la combinación de inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa con análogos de nucleósido como una posible opción alternativa para formar parte del esquema terapéutico inicial, permitiendo reservar a los inhibidores de la proteasa para ser utilizados en aquellas personas que fallasen con la primera combinación.

No existe hasta ahora información concluyente sobre cuándo está indicado iniciar el tratamiento anti-retroviral. Las decisiones terapéuticas deben basarse en un claro entendimiento de la patogénesis de la infección por VIH en general, y a nivel individual, fundamentarse en el conteo de linfocitos CD4+ y en la cuantificación de RNA pro-viral en plasma (carga viral).

En términos generales, dichos lineamientos recomiendan el tratamiento de toda persona con VIH/SIDA sintomática independientemente del conteo de CD4 o de la carga viral; en personas asintomáticas, se recomienda iniciar el tratamiento cuando el conteo de linfocitos CD4+ baje de 500 células por mililitro, pero hay diversos criterios para iniciar el tratamiento con base en la carga viral.

Como ejemplo de la disparidad de criterios para iniciar tratamiento, incluso al interior de los países, algunos especialistas en Estados Unidos recomiendan el inicio de la terapia múltiple bajo un criterio extremadamente conservador: cuando existe una carga viral mayor de 20,000 copias/mL (por ejemplo, el Departamento de Salud de Estados Unidos (6), mientras que otros expertos (por ejemplo, un pánél de la Sociedad Internacional de SIDA (7) recomienda el inicio de TARSA con una carga mayor de 5,000 copias/mL.

Diversas guías de tratamiento en América Latina (por ejemplo la brasileña, la argentina y la mexicana) muestran una postura relativamente conservadora para personas asintomáticos, es decir, no recomiendan inicio de TARSA en aquellos con más de 500 células CD4/ $\mu$ L o aquellos con una carga viral inferior a 10,000 copias/mL.

También toman en consideración la posibilidad de usar doble terapia (con dos análogos nucleósido) como una alternativa terapéutica subóptima en aquellas situaciones en que los inhibidores de proteasa no sean posibles de administrar, pero reconociendo que es superior a no dar tratamiento o al uso de monoterapia.

Es importante afirmar que, en general, no hay urgencia para iniciar el tratamiento, es decir, pueden tomarse varias semanas sin repercusiones importantes, y antes de iniciarlo se debe hacer todo lo posible para asegurar que la persona esté lista para someterse a un esquema terapéutico complejo que tendrá que tomar por un largo tiempo, quizá de por vida, y que existirá una provisión constante de los medicamentos prescritos con el fin de evitar periodos sin tratamiento, dado que esta falta de apego al tratamiento aumenta la probabilidad de desarrollar resistencia. Si no es posible, o si la persona aun no está emocionalmente preparada, es preferible un manejo más conservador difiriendo el tratamiento.

A pesar de los importantes avances en el área de la terapéutica, también es claro que la erradicación del VIH es poco probable con los medicamentos hasta ahora disponibles; que los esquemas terapéuticos distan de ser perfectos ya que son complejos (varios horarios por día, a veces con exigencias de dieta o ayuno, con frecuencia más de 10 pastillas al día) lo que dificulta el apego (o adherencia) al tratamiento y aumenta la posibilidad

de desarrollar resistencia a los anti-retrovirales; que existen efectos secundarios y toxicidad importante a corto y mediano plazo; que presentan una variedad de interacciones medicamentosas, y que son sumamente costosos.

El desarrollo de resistencia a los medicamentos anti-retrovirales por el VIH requiere que exista replicación viral, por lo que la supresión máxima de la replicación viral es indispensable para evitar el desarrollo de resistencia que conduzca a “falla terapéutica”. Con el uso de TARSA se logra la supresión de la replicación viral pero es claro que el sostener dicha supresión requiere de un apego (o adherencia) casi perfecto a la terapia. La terapia anti-retroviral con inhibidores de proteasa ha dado origen a una serie de nuevas complicaciones entre las personas con VIH/SIDA. El desarrollo de lipodistrofia con una distribución anormal de la grasa corporal, elevaciones en los niveles séricos de triglicéridos y colesterol, y el desarrollo de resistencia a la insulina y diabetes mellitus. El desarrollo de alteraciones en el metabolismo de los lípidos ha sido reportado, y casos de aterosclerosis prematura con complicaciones cardíaco y cerebro-vasculares en personas bajo tratamiento con inhibidores de la proteasa.

A nivel global la tuberculosis es la principal causa de muerte entre personas con SIDA y su control tendría un gran impacto en la calidad de vida de las personas con SIDA. Además, el desarrollo de cepas multirresistentes ha tenido como consecuencia que su tratamiento sea cada vez más problemático. Las personas con infección por VIH tienen un elevado riesgo, hasta 10 veces mayor, de desarrollar tuberculosis activa que personas sin infección por VIH, por lo que es importante prevenir la tuberculosis.

Una de los grandes interrogantes en personas que reciben tratamiento anti-retroviral es si se puede o no suspender la administración de medicamentos utilizados para la prevención de infecciones oportunistas. Los datos presentados en Ginebra sugieren que para poder suspender la profilaxis de infecciones oportunistas se requiere de evidencia de mejoría inmunológica en la persona a consecuencia de TARSA, demostrada por un aumento sostenido en el conteo de células CD4+. Sin embargo, aún se requieren mayores estudios para poder recomendar a las personas de manera categórica la suspensión de medicamentos utilizados para la prevención de infecciones oportunistas luego de haber iniciado TARSA.

## Epidemiología (8, 9)

El Programa Conjunto y Co-financiado de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) estima que hay 1.6 millones de personas que viven con la infección por el VIH en América Latina y el Caribe (5.4% del total mundial) y más de 200 mil enfermos de SIDA (3.0% del total de casos notificados en el mundo). La epidemia de infección por el VIH/SIDA en esta región se caracteriza por una gran heterogeneidad, manifestándose diferencias claras entre los países y dentro de ellos. Por lo tanto, es esencial identificar las características de las distintas epidemias que surgen en los países, a fin de planificar y aplicar las estrategias de prevención y atención más apropiadas.

Los tres tipos de epidemias de infección por el VIH reconocidos en dos reuniones mundiales de expertos (Berlín, 1997, y Ginebra, 1998), así como en la reciente publicación del Banco Mundial, son las epidemias de baja transmisión o nacientes, que se caracterizan por prevalencias de infección por el VIH de menos de 5% en grupos con comportamientos de alto riesgo (por ejemplo, en poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables) y con prevalencias cercanas a cero en la población general (por ejemplo, en mujeres que acuden a la atención prenatal en zonas urbanas). Las epidemias concentradas se definen por prevalencias de

VIIH de más de 5% en uno o varios grupos de individuos con comportamientos de alto riesgo, en tanto que la prevalencia en la población general (evaluada en mujeres embarazadas) no alcanza el 5%. Por último, se consideran como epidemias generalizadas, en las que se afecta no sólo a los individuos con prácticas de alto riesgo, sino también a la población general y, por consiguiente, las prevalencias de VIIH en mujeres embarazadas es mayor al 5%. Una revisión más reciente ha llevado a algunos expertos a considerar que cuando la prevalencia de infección por VIIH alcanza el 1% en mujeres embarazadas (en muestras representativas en el país) ya se alcanza una epidemia generalizada. (10)

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe las epidemias se pueden clasificar como concentradas, lo que significa que el VIIH/SIDA todavía está afectando a los grupos e individuos con comportamientos de alto riesgo, en los que las tasas de infección exceden el 5% pero las prevalencias en mujeres en clínicas de atención prenatal son menores al 1%.

La epidemia sigue cobrando un mayor número entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, en los usuarios de drogas inyectables y sus parejas sexuales, y en los trabajadores sexuales y sus clientes.

Existen países de la región con epidemias de transmisión baja, como Bolivia, Cuba, Nicaragua y Paraguay, y otros países y zonas con epidemias generalizadas como Haití y en el Caribe (Guyana). Al interior de los países se pueden encontrar algunas áreas con alta transmisibilidad, por ejemplo algunas zonas al sur de Brasil y en la costa atlántica de Honduras se encuentran cifras con prevalencias superiores al 1% en mujeres embarazadas en clínicas ante-natales.

Sin embargo, la epidemia en América Latina y el Caribe aún no se ha diseminado a la población en general. Las epidemias en las etapas de transmisión baja y concentrada ofrecen a los gobiernos, los políticos, las instituciones, los profesionales de la salud pública, las comunidades, las organizaciones no gubernamentales, los grupos de personas y a los individuos que viven con VIIH/SIDA, la oportunidad de adoptar las medidas necesarias para detener su propagación. Las intervenciones y los recursos deben ser compatibles con el tipo y características de la epidemia, determinadas según la información recopilada en el país.

La concomitancia de subepidemias en los países no significa, en términos de políticas públicas, que haya que escoger sólo una población (sea ésta la más reciente o la más notoria por aspectos de presión social, o cualquier otra razón) como materia de intervención. La existencia de diversas subepidemias en los países, sin embargo, implica una mayor complejidad de la lucha contra el SIDA, significa hacer un balance cuidadoso para combatir eficientemente a todas ellas. Por ejemplo, la epidemia de transmisión sexual del VIIH en mujeres es más reciente en América Latina que la de hombres; mientras que la epidemia entre hombres aún se mantiene elevada y creciendo, simultáneamente la epidemia de mujeres crece rápidamente aunque en niveles menores, representando aún una proporción menor al 50% de los casos y nuevas infecciones que le corresponderían por representación proporcional con base en la población general. No hay razón para que dada la alta velocidad en uno de los grupos sólo se combata la nueva epidemia en mujeres y se abandone la epidemia más antigua, pero activa, en hombres. Es imperativo, por un lado, detener ambas epidemias, una por ser elevada y la otra para que no sea elevada; es necesario contar con recursos suficientes y estrategias eficientes para controlar ambas subepidemias.

La vigilancia de la epidemia en la región ha dependido del monitoreo y el análisis de los casos notificados de SIDA para determinar las tendencias y elaborar proyecciones y cálculos. Muchos países tienen un sistema fiable de notificación de casos de SIDA, que se estableció formalmente a mediados de los años ochenta. Estos sistemas de vigilan-

cia nacionales proporcionan información a los sistemas de vigilancia regional y mundial. Sin embargo, factores como la subnotificación y las variaciones entre países y dentro de los mismos en la definición de caso de SIDA limitan la utilidad de esta información.

El factor que limita más el uso exclusivo de la notificación de casos de SIDA para monitorear la epidemia es que la información sólo da una idea de la transmisión del VIH que ocurrió hace cinco, diez o más años; es más, con el advenimiento de la terapia anti-retroviral, ni siquiera este periodo es constante debido a que prolonga el periodo asintomático. Además, las curvas de las epidemias son sensibles a la variable de origen de las tabulaciones, por ejemplo, la forma de la epidemia será distinta si se toma la fecha de inicio del padecimiento, de diagnóstico, de notificación o de defunción. Por consiguiente, se puede concluir que los sistemas de notificación de casos de SIDA no son las mejores fuentes para determinar la velocidad de propagación o detectar cambios rápidos en la epidemia. Por este motivo, para proyectar el futuro de la epidemia se necesita la información que suministra un sistema debidamente diseñado de vigilancia centinela de la infección por el VIH.

La calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica de casos de SIDA puede valorarse mediante la estimación del retraso en la notificación (proporción de casos que no se notifican después de 3-6 meses de ser diagnosticados) y por el subregistro (por ejemplo, casos no incluidos en las notificaciones que son captados mediante certificados de defunción).

Casi todos los países de la región han implantado la vigilancia centinela de la infección por el VIH, aunque las variaciones en su ejecución dificultan el análisis y la interpretación de los datos. El fortalecimiento de los sistemas existentes de vigilancia de la infección por el VIH debiera redundar en lo que la Organización Mundial para la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) llaman la “vigilancia epidemiológica de segunda generación”, que toma como base las situaciones actuales de los países pero introduce las innovaciones que ayudarán a conocer mejor la epidemia. En América Latina y el Caribe se recurrirá a una combinación de instrumentos y métodos viejos y nuevos, como notificación de casos de infección por el VIH y de SIDA, serovigilancia del VIH, vigilancia molecular, indicadores de mortalidad y descripción de los comportamientos que implican riesgo de adquirir VIH o de disminuir la probabilidad de adquirirlo.

De esta manera, se generará la información que necesitan los programas nacionales contra el SIDA y otros tomadores de decisiones para confeccionar y ampliar intervenciones eficaces de prevención y atención de la infección por el VIH/SIDA. La vigilancia epidemiológica de segunda generación comprende estudios de incidencia además de prevalencia de la infección por VIH con representación poblacional, o mediante centros centinelas y su adecuada interpretación para extrapolarla a nivel poblacional. Miden el impacto de las intervenciones y permiten focalizar recursos para la prevención y asistencia, pero están limitados por el desconocimiento de los comportamientos. Para resolver esta limitante, se asocia prevalencia a comportamiento, permitiendo evaluar tendencias e impacto de intervenciones específicas en subgrupos poblacionales. El comportamiento se anticipa a la infección por el VIH, con lo que su estudio permite conocer la dinámica de las conductas de riesgo, adecuar las intervenciones y potenciar el impacto de la prevención. En cambio, *la vigilancia epidemiológica de primera generación* es insuficiente ante cambios en la historia natural por terapia anti-retroviral produciendo prolongación de periodos de incubación, la disminución de la morbilidad y de tasas de letalidad en forma proporcional a la cobertura de terapias anti-retrovirales y a los patrones de tratamiento existentes (por ejemplo, monoterapia, biterapia, inclusión de inhibidores de la proteasa, etcétera).

Una posible situación podría ser que al descender los casos de SIDA al iniciar políticas nacionales de terapia anti-retroviral la epidemia avance, con un eventual relaja-

miento en la prevención al creer erróneamente que disminuyó la incidencia. En respuesta a esta insuficiencia la vigilancia de la infección por VIH visibiliza la epidemia, al caracterizar las infecciones recientes y estimar las demandas asistenciales.

El cambio de criterios en la vigilancia epidemiológica del SIDA debe verse con particular cuidado. Por ejemplo, si el criterio de clasificación de casos era clínico en un primer tiempo y después se agrega el criterio de laboratorio, se aparentará un incremento excesivo en los casos. Por el contrario, si en un primer tiempo se incluía en la vigilancia a los casos provenientes de cualquier fuente de información (por ejemplo, defunciones) en forma indistinta de su tiempo de inicio de padecimiento y después, por ejemplo, se incluyen sólo los casos diagnosticados y notificados oportunamente, entonces, se produce una disminución artificial y pronunciada de la curva de la epidemia.

Con respecto a las políticas sanitarias, la epidemia del VIH ha planteado cuestiones importantes, tanto técnicas como sociales, económicas, políticas y éticas que los países están abordando con distintos grados de atención y éxito. Algunos ejemplos positivos son las normas y procedimientos adoptados para velar por la seguridad de la sangre y sus derivados en todos los países, las pruebas y la orientación para las embarazadas, y la disponibilidad de la Zidovudina (AZT) para prevenir la transmisión de madres a recién nacidos (vertical) en un número cada vez mayor de países.

Por otro lado, en ocasiones ha sido muy difícil formular políticas claras en relación con temas polémicos como el mercadeo social de los condones, la educación sexual en las escuelas, el acceso a los medicamentos anti-retrovirales y los servicios para los trabajadores migratorios o los trabajadores comerciales del sexo. Es imperativo que, en el marco de los valores sociales y culturales, el respeto por los derechos individuales y el bienestar colectivo, los Estados de América Latina y el Caribe sigan instaurando las políticas más apropiadas, incluidas disposiciones legislativas, para ayudar a la lucha contra la infección por el VIH. Entre los ejemplos de tales políticas figuran la no discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA en materia de acceso a la educación, trabajo, servicios de salud y vivienda.

En lo que se refiere a las intervenciones comportamentales, en los países con epidemias concentradas las intervenciones deben tener en cuenta la variedad de interacciones sociales positivas y negativas que pueden estimular o inhibir el aprendizaje y el comportamiento. Por ejemplo, la educación de los jóvenes parece surtir un mejor efecto cuando las intervenciones en las escuelas se combinan con la educación por pares y el uso de medios informales (tiras cómicas, películas, videos, etcétera). Entre las personas con prácticas de alto riesgo, las actividades de orientadas al cambio de comportamiento basadas en la teoría desempeñan una función importante en la adopción de prácticas sexuales menos peligrosas en la población.

En todo el mundo se ha comprobado que, al margen del grupo destinatario, las intervenciones comportamentales tienen que enfocar el desarrollo de habilidades y capacidades para tomar decisiones, resistir la presión negativa de los pares, negociar prácticas sexuales de menor riesgo con sus parejas, aprender a comunicarse eficazmente con sus compañeros sexuales, y adoptar comportamientos que favorezcan la salud y otras aptitudes para mejorar el autocuidado y acrecentar la responsabilidad social. El acceso a condones de buena calidad y jeringas y agujas estériles es de importancia capital para reducir aún más el riesgo de que se propague el virus del VIH. Por consiguiente, los sistemas logísticos para la adquisición y distribución de los condones y equipo de inyección deben estar funcionando a fin de evitar que las estrategias de prevención se vean constreñidas por la falta de recursos materiales.

Sobre los modelos de atención de VIH/SIDA, en los lugares en donde ésta es baja o concentrada, la primera consideración debe ser garantizar el acceso a la consejería y a

las pruebas de diagnóstico, y establecer sistemas de referencia de las personas a centros especializados. Si la epidemia se ha extendido a otros grupos, además de los que están en mayor riesgo (es decir, si la epidemia es generalizada), tiene que haber profilaxis y prevención de la transmisión de infecciones oportunistas, en particular la tuberculosis, e intervenciones para reducir la transmisión vertical (madre-hijo) durante el embarazo (prevención terapéutica con anti-retrovirales, o durante el postparto al contraindicar la lactancia materna de mujeres infectadas con VIH cuando se puede brindar sustitutos alimenticios suficientes y de adecuada calidad e higiene).

En los países que registran un aumento de la morbilidad y mortalidad debidas a la infección por el VIH/SIDA, los modelos de asistencia en el hogar y en hospitales de día deben considerarse como un medio para aliviar la sobrecarga de los servicios de salud, disminuir costos y sobre todo incrementar la calidad del servicio. También cabe explorar la manera de aumentar la disponibilidad de la farmacoterapia anti-retroviral (por ejemplo, compras en grandes volúmenes, fondos rotatorios).

Algunos trabajos relativos a la epidemiología de la pandemia del VIH presentados durante la Conferencia Internacional sobre SIDA en Ginebra se centraron en las relaciones entre el VIH, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual. Las nuevas informaciones sobre la transmisión de madre-hijo, el uso de drogas por vía intravenosa, la prueba voluntaria y el asesoramiento sobre el VIH, la explosión del VIH en Europa Oriental (pero no en América Latina y el Caribe), el impacto al nivel de salud pública de las nuevas terapias sobre la morbilidad y mortalidad del SIDA en el ámbito de la población y los riesgos del VIH, así como la prevención para los jóvenes.

La transmisión vertical (madre-hijo) del VIH está aumentando de forma dramática en muchas partes del mundo. Sin embargo, recientes pruebas clínicas indican que intervenciones más cortas y menos costosas podrían reducir de forma significativa el riesgo en la transmisión vertical. El estudio *Transmisión postnatal tardía del VIH de madre a hijo: análisis global multicéntrico internacional*, aportó nuevos datos que demuestran que la transmisión del VIH por lactancia puede producirse hasta seis meses después del nacimiento.

En América Latina existe una carencia de estudios de prevalencia y, sobre todo, de incidencia en grupos con prácticas de riesgo como el de en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables.

Para el desarrollo de programas preventivos, la experiencia y los informes mundiales destacan que es preferible utilizar los indicadores comportamentales que indicadores derivados de la propia enfermedad, pues éstos proporcionan información muy tardía. En cambio, los indicadores por comportamientos permiten medir sus niveles basales así como sus tendencias y cambios como producto de intervenciones efectuadas.

### Impacto económico (11, 12)

La epidemia de VIH en todas las regiones del mundo es un asunto de economía de individuos y de naciones, lo que finalmente está marcando esa gran brecha. Aun entre los países que conforman la región de América Latina y el Caribe existen brechas, las cuales en gran medida se deben a razones de inequidad. En los últimos dos años la cifra de infecciones por VIH, aumentó a 10 millones, y se estima que diariamente 16 mil personas adquieren el virus.

Esta epidemia plantea un enorme reto y pone en crisis el desarrollo de algunos países en la región. Los gobiernos se enfrentan al problema de asignación de recursos para una enfermedad que no existía y que está aumentando dramáticamente de un año al siguiente, mientras que un gran número de países se encuentra en proceso de reforma a sus sistemas que buscan la mejor utilización de sus recursos de por sí escasos. Paralelamente

a estas reformas, la epidemia por VIH/SIDA en América Latina está causando una creciente morbilidad y mortalidad que aumenta en forma significativa la demanda de servicios médicos de gran complejidad. El elevado costo del tratamiento anti-retroviral tiene el potencial de desviar los limitados recursos del sector salud al grado de afectar el financiamiento de otros programas prioritarios. La situación es crítica para países con presupuestos limitados en sus ministerios de salud. En estos países el propósito de la reforma es el de mejorar la eficiencia en el uso y asignación de estos recursos.

La epidemia del SIDA sigue aumentando, fundamentalmente por las infecciones ya ocurridas durante la última década. De esta manera, un modelo de extrapolación para América Latina predijo un total de 382,378 casos de SIDA para finales del año 2000. (13) Los sistemas de salud necesitan asignar recursos para prevención y tratamiento en áreas con enfermedades emergentes y re-emergentes como SIDA, tuberculosis y paludismo. Bajo estas condiciones, las necesidades específicas de la población podrían aumentar a una tasa de crecimiento mayor que la capacidad de los sistemas de salud para responder a estas nuevas circunstancias. El debate sobre el costo para tratar a personas con VIH/SIDA y de cómo esta carga se va a distribuir es una pregunta esencial de política pública. En el contexto de la reforma de los servicios de salud, y basándose en un principio de equidad, el papel de los gobiernos es el de garantizar la provisión y el acceso a los servicios de salud para cualquier ciudadano independientemente de su capacidad económica de pago. Los sistemas de salud en América Latina se componen de una mezcla de sistemas públicos y privados. Los gastos en salud en la región varían entre el 3% y 9% del PNB. En estos países una gran parte de los trabajadores asalariados están cubiertos por los planes de seguridad social. Los más desfavorecidos, y un segmento de la clase media, utilizan instituciones públicas para su atención. La población de ingresos elevados compra seguros de salud privados, servicios de medicina prepagada, o simplemente pagan de su bolsillo. Las reformas de salud en América Latina podrían ser caracterizadas dentro de alguno de los siguientes paradigmas: A) descentralización de los sistemas de salud; B) reforma total de los ministerios de salud; C) reforma de la seguridad social; D) posicionamiento del sector privado.

La emergencia de sistemas basados en fuerzas de mercado y de mecanismos de competencia regulada está transformando sustancialmente los antiguos sistemas nacionales de seguridad social y está cambiando las relaciones entre instituciones, organismos reguladores, administradores, y proveedores de servicios de salud. Para ello se asume que las fuerzas de mercado serán capaces de controlar costos a la vez que elevan la calidad de los servicios. Ésta es la base de la reforma de salud de varios países donde se espera que la competencia regulada, la eficiencia y control, así como las fuerzas del mercado logren mejoras en condiciones de salud de la población. Curiosamente, los argumentos económicos no siempre son consistentes con los argumentos de derechos humanos. Los sistemas de salud que consideran a la salud como un artículo de consumo personal permiten que el mercado module estos servicios. Bajo estos esquemas se ha observado que la cobertura de servicios es incompleta, la provisión es inequitativa y la calidad es altamente dependiente del precio de los servicios. En los sistemas de salud dominados por proveedores privados, la medicina curativa sobre la preventiva y el lucro sobre el humanismo prevalecen. Si bien los Estados propietarios en los que el financiamiento, la administración y la provisión de servicios se basan en esquemas burocráticos, como en los Estados totalitarios, tampoco debe olvidarse que con base en un principio de equidad es función del Estado distribuir la riqueza y garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad. En algunos países, el mayor impulso consiste en asignarles a los municipios la competencia operativa en la atención a la salud en el primer nivel. Sin embargo, muchos municipios carecen de profesionales entrenados y de la capacidad técnica y económica para atender enfermedades complejas como el SIDA. Actualmente, los países de la región latinoamericana se encuentran ante el

dilema de fortalecer la seguridad social, o bien lograr la universalidad de los servicios o la privatización de éstos con el propósito de mejorar su eficiencia. La mayoría de las personas con VIH/SIDA bajo esquemas de seguridad social reciben un amplio rango de servicios, desde terapia ambulatoria y hospitalizaciones. Un interesante proceso de reforma que está ocurriendo en algunos países de la región esta pasando casi inadvertido. Las aseguradoras privadas se están posicionando como las más importantes organizaciones financiadoras de los servicios de salud. Los otros proveedores privados financian los servicios a través de pago directo, planes de seguro y de medicina prepagada. Tradicionalmente, los planes de seguro privado han sido escépticos y han tenido gran resistencia a pagar los servicios para personas con VIH/SIDA. Hasta ahora, la cobertura para VIH/SIDA es mayor en regímenes de seguridad social, mientras que el acceso para las personas con VIH/SIDA es muy limitado en esquemas privados. Sin embargo, independientemente del tipo de sistema de salud, los países de la región que están brindando terapia anti-retroviral lo están logrando mediante presupuestos públicos específicamente asignados para el pago de estos medicamentos. El objetivo de la reforma es mejorar el nivel de salud de la población más vulnerable sobre la base de la consideración de las enfermedades más importantes, las intervenciones más costo-efectivas y los recursos disponibles. Los juicios acerca de los servicios que se brindan obedecen más a la tradición que a los ejercicios de evaluación y planeación estratégica.

Los programas preventivos en general, y específicamente para ETS y SIDA, ocupan un lugar preponderante en la reforma del sector salud. La educación, concebida como una serie sistemática y basada en teoría de las intervenciones persuasivas de cambio de comportamiento, es una herramienta costo-efectiva para prevenir enfermedades. Estos programas se enfocan a enfermedades de transmisión sexual, a la detección, vigilancia, seguimiento y tratamiento supervisado de enfermedades de transmisión sexual (ETS), tuberculosis, y tratamiento anti-retroviral para personas con VIH/SIDA. También incluyen consejería, distribución de condones a grupos con prácticas de alto riesgo. El mercadeo social se emplea como una herramienta para promover la salud y prevenir enfermedades. Los paquetes preventivos básicos pueden incluir: A) campañas de difusión a población general en radio; B) campañas dirigida a grupos específicos sobre uso de condón y sexo seguro usando medios impresos y video-grabación; C) información y provisión de condones a trabajadoras del sexo; D) red de bancos de sangre para el tamizaje para VIH en productos sanguíneos; E) ampliación de la cobertura para el tratamiento de ETS y garantizar la calidad de estos tratamientos mediante la elaboración de protocolos de manejo, educación continua y medicamentos disponibles en clínicas de atención primaria, y F) implementación de programas de intercambio de agujas y equipos de limpieza con cloro en usuarios de drogas intravenosas.

El costo anual para proveer un paquete básico de este tipo para una población hipotética de un millón de habitantes se estima en USD\$3.47 per cápita. El diseño de un paquete básico de intervenciones preventivas podría dar respuesta a la necesidad de información que sobre la efectividad de inversiones en prevención requieren los directores de los programas de SIDA así como los tomadores de decisiones en agencias gubernamentales. La provisión de un paquete ambulatorio de tratamiento para personas que viven con VIH/SIDA, requeriría agregar un gasto marginal de USD\$3.47 per cápita al gasto actual en salud en América Latina que en promedio es de USD\$150 anual per cápita.

El mayor conocimiento de esta enfermedad y su curso más predecible ha permitido simplificar el tratamiento y por lo tanto hacer más estables las estimaciones de costos. Esto permite el diseño de paquetes de tratamiento, que cumpliendo con estándares de calidad de la atención médica, tienen un costo definido haciéndolo más accesible al mayor número de enfermos. El propósito de estos paquetes es lograr acceso, calidad y equidad en la provisión de tratamiento ambulatorio anti-retroviral. Pocos países han avan-

zado en la definición de un paquete básico de intervenciones costo-eficientes que permita aumentar la cobertura de servicios a la población en el contexto de la reforma de los sistemas de salud. La meta de la reforma de los sistemas de salud es desarrollar paquetes integrales de servicios dirigidos a promover la salud, prevenir enfermedades, y proporcionar tratamientos clínicos y quirúrgicos para todos los ciudadanos sin discriminación de edad, género, o diagnóstico. El diseño de un paquete básico de este tipo perseguiría tres objetivos: A) universalidad, B) equidad de los servicios que se otorgan, C) garantía de calidad del esquema terapéutico acorde al conocimiento científico.

La provisión universal de un paquete de tratamiento anti-retroviral sumamente activo (TARSA) podría representar USD\$13,800 anuales por persona que lo requiera, es decir, un aumento marginal promedio de USD\$3.70 en el gasto anual en salud en la región, que en promedio es de USD\$150.00 per cápita y que representa el 0.8% del PNB de la región. La compra de anti-retrovirales y su inclusión en la provisión de servicios de salud tiene una clara relación con el nivel de desarrollo económico de un país y con su capacidad de compra de estas terapias costosas. Sin embargo, lo que parece ser el factor más importante hasta ahora para lograr el acceso a estos tratamientos está ligado a formas equitativas de acceso a educación, salud y desarrollo. Para hacer frente al problema de acceso a tratamiento anti-retroviral se deben buscar fórmulas de financiamiento público y privado para garantizar el acceso a este tratamiento al mayor número de personas con VIH/SIDA. Las reformas al sector salud deben tomar en cuenta costos, esquemas de financiamiento y circunstancias en las cuales los servicios para las personas afectadas con VIH se otorgan. Una observación en la región es que el acceso a servicios para personas con VIH/SIDA parece depender de dos factores: la capacidad de un país para invertir en estos tratamientos —típicamente países de ingreso medio en la región— y el grado de solidaridad de la sociedad con las personas con VIH/SIDA.

El acceso a terapia anti-retroviral en algunos países en la región se ha logrado no sólo por avances democráticos, sino también gracias a un decidido y creciente activismo político. Cuando uno se pregunta si proporcionar tratamiento en la región latinoamericana es factible, también se pregunta si es un problema político o económico. Para analizar el problema de recursos económicos hay que partir del hecho de que los países de la región, al tener un ingreso medio pueden aspirar a un nivel de gasto social que aminore inequidades. El universo en la asignación de recursos en una sociedad es muy importante porque, tradicionalmente, se ponen a competir programas de salud dentro de un presupuesto muy limitado, por ejemplo, programas de SIDA y de cáncer. El ejercicio de asignación de recursos debería extenderse a sectores más amplios del gasto público y no poner a competir solamente a los programas de desarrollo social, educación, y salud. Es claro, pues, que los países de ingreso medio de la región latinoamericana deberán privilegiar a los programas preventivos y algunos están en condiciones de pagar tratamientos anti-retrovirales para enfermos con SIDA.

La reforma al sector salud debe considerar a la epidemia de SIDA como una emergencia y los nuevos sistemas deberán ser diseñados para hacer frente a esta enfermedad emergente. Las metas de la reforma de salud que incluyen la mejoría en el acceso y la equidad en la provisión de servicios de salud deberán incluir a los pacientes con infección por VIH y SIDA. Estos enfermos tradicionalmente han sido discriminados por los sistemas de salud, teniendo limitado acceso a servicios curativos, y por tanto, estando sujetos a tremendas inequidades en la provisión de servicios. La equidad en la distribución de recursos en una sociedad depende de los valores y el proceso político para la toma de decisiones, el nivel de democracia determinará el control político de una sociedad. La agenda de salud y derechos humanos cobra enorme importancia en el contexto de la globalización, y de la cual los servicios de salud no están excluidos. El acceso universal a tratamientos para

enfermedades de alto costo depende de la capacidad financiera para comprar estos paquetes, principalmente de la estabilidad financiera y el crecimiento económico de un país. Debido a los elevados costos del tratamiento causado por el VIH/SIDA, la forma más lógica de mitigar los daños ocasionados por esta epidemia es distribuir los costos entre la población general. Es decir, financiar los servicios para enfermos con VIH/SIDA mediante impuestos generales.

De acuerdo con el reporte de 1997 del Banco Mundial, en América Latina, en la subregión centroamericana, pueden encontrarse países tan pobres que sus economías son comparables a las del Sub-Sahara. Pero también se encuentra el otro extremo, en algunos países del Cono Sur, cuyo Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita es superior a los 8 mil dólares, lo que fácilmente supera los ingresos de algunos países de Europa del Este. La tasa de prevalencia en la población adulta para la región es de 0.54%. Sin embargo, es posible considerar que Honduras, con la segunda tasa de prevalencia más alta en América Latina, por su bajo desarrollo económico es el país que presenta las condiciones más difíciles para poder hacer frente a la epidemia con recursos internos. En términos absolutos, y con datos estimados por ONUSIDA, se señala con insistencia que tan sólo dos países de la región, Brasil y México, concentran el 56% de la epidemia; sin embargo, se explica en gran medida por el efecto del tamaño de la población de ambos países, ya que Brasil y México también concentran el 54.5% de los habitantes de América Latina.

Las recomendaciones sobre políticas para la prevención y la atención médica y para el acceso a medicamentos anti-retrovirales que se hagan a países en desarrollo no pueden ser idénticas en todos los países, ya que la capacidad económica y la magnitud de la epidemia es significativamente diferente y, por lo tanto, la capacidad y profundidad de respuesta factible y deseable en uno y otro caso puede variar sensiblemente, y podría depender en gran medida no sólo de la concientización social de sus habitantes o de la voluntad política de sus tomadores de decisiones, sino también de la potencialidad de acceder a recursos económicos internos y externos que conviertan a las estrategias en sustentables y generadoras de impacto en materia de salud.

A diferencia de otros problemas de salud, los países reportan el número de casos acumulados desde el primer registro que se tiene, en el que se engloban vivos y muertos, recientes y de años anteriores. Los países latinoamericanos, al igual que en el resto del mundo, usualmente registran sólo casos de SIDA, y no a las personas infectadas por el VIH; por lo tanto, en sus archivos más actualizados existe un faltante debido a retrasos en notificación y por subregistro. Esto, obviamente, produce algunas implicaciones, ya que para fines de cálculo de los recursos requeridos para dar atención médica, o la compra de medicamentos, primero se requiere hacer una estimación de cuántos de esos casos acumulados continúan aún con vida. La sustentabilidad de una política de provisión de anti-retrovirales con recursos públicos a mediano y largo plazo estaría estrechamente vinculada al crecimiento de la economía de cada país, a sus éxitos en contener el crecimiento de la epidemia, y finalmente a las políticas de priorización del gasto público.

Debido a la magnitud de la epidemia en sus contextos nacionales y a la debilidad de sus economías les resulta de extrema dificultad absorber la responsabilidad de proveer anti-retrovirales con recursos internos a países como Honduras, República Dominicana, El Salvador y Guatemala, teniendo que depender de recursos internacionales para poder incrementar medidas preventivas efectivas y contener la expansión de las infecciones por VIH. Otros países como Ecuador y Venezuela, antes de tomar cualquier decisión con respecto a la provisión de anti-retrovirales, deben analizar muy bien tanto los registros de casos que poseen sus programas nacionales, sobre todo aquellos estimados por ONUSIDA, en los que la agencia internacional les marca infecciones adicionales en más del 9000% en base a lo registrado.

Cuando se ponen bajo un esquema de competencia la prevención, la atención médica y los medicamentos anti-retrovirales y profilácticos, la prevención parece estar empezando a perder la batalla debido a la urgencia de la atención y a las presiones políticas y sociales por parte de las personas afectadas. Sin embargo, la prevención es la única vía más factible de prevenir un desastre financiero-presupuestal en un gran número de países en desarrollo.

Para tener una aproximación al monto requerido en cada país, se puede hacer un cálculo con base en el número de personas estimadas que viven con VIH/SIDA, lo cual toma en cuenta el tamaño de la epidemia oficialmente registrada. Otra forma es tomar en consideración en el número de personas con VIH/SIDA estimado por ONUSIDA, y la tercera es calcular los recursos con un criterio per cápita del total de la población, aun asumiendo que los programas preventivos de VIH/SIDA efectivos en países con epidemias no generalizadas no son los que van dirigidos a la población general.

En cualesquiera de los países, los montos necesarios para establecer programas preventivos similares al de Brasil son sólo una fracción de los montos requeridos para la atención médica; así, por ejemplo, de los \$851 millones de USD requeridos para proveer de anti-retrovirales a la población latinoamericana con SIDA de 1996 a 1998, sólo 1/5 parte se requeriría para instrumentar los programas preventivos. (14)

Existen países de América Latina en donde se ha tomado la decisión de proporcionar atención médica y tratamientos integrales a las personas que viven con VIH/SIDA, ya que han visto en esta acción una oportunidad que va más allá de posiciones políticas y lo han logrado considerar no como un gasto sino como una inversión, pues el costo que ello ha implicado ha sido superado con creces por los resultados favorables que se han tenido en la disminución del costo por atención hospitalaria, y las ventajas económicas, resultado del reingreso de muchas de las personas con VIH a las actividades productivas; además, se ha reducido el número de muertes por SIDA entre un 35% y un 48%.

Por otro lado, la inversión hecha en la adquisición de medicamentos no puede ser vista, desde el punto de vista económico, como un gasto adicional, en tanto la mejoría en la calidad de vida de los pacientes trae de inmediato reflejos positivos en la reducción de otros gastos del sistema de salud. Un análisis reciente hecho por el Programa Nacional contra el SIDA de Brasil demuestra que durante el periodo inmediato posterior al inicio del acceso universal a los medicamentos anti-retrovirales se llevó a cabo un ahorro sustancial de recursos en la adquisición de medicamentos para enfermedades oportunistas; aún más, se ahorró una gran cantidad de recursos al evitar internaciones de los pacientes. Por ejemplo, solamente con el medicamento ganciclovir se ahorraron USD\$12.3 millones en los últimos dos años. En 1997, durante el primer año de la introducción de esta política de acceso universal, el Sistema Unico de Salud (SUS) ahorró un total de USD\$51.5 millones, y en 1988 se alcanzó la cifra de USD\$97 millones en gastos capitados; se estima que para 1999 se ahorrará un total estimado de aproximadamente USD\$140 millones.

Un gran número de países de América Latina y del Caribe podría asumir los costos de atención integral de los enfermos de VIH/SIDA, por supuesto sin olvidarse de las acciones encaminadas a la prevención principalmente en los grupos de mayor alto riesgo, de acuerdo a las características que tenga la epidemia en cada país; pero ello implica abandonar las actitudes autodefensivas de minimizar la urgencia del problema y considerar la lucha contra el SIDA como un punto prioritario de sus agendas.

Lo anterior debiera servir de incentivo para incrementar los esfuerzos y los recursos en prevención, sobre todo en aquellos países en los que actualmente a sus economías y presupuestos públicos les resulta prácticamente imposible la provisión de anti-retrovirales. Invertir en prevención del VIH/SIDA en países en los que la epidemia aún representa tasas de prevalencia menores al 1% de la población general, significa que sus

programas deben ser más selectivos, financiando en primer lugar aquellas intervenciones que sean más efectivas.

A pesar de que mucho se ha insistido en la ruralización, feminización y heterosexualización de la epidemia, lo cierto es que en la región ésta sigue siendo básicamente urbana, masculina y de transmisión sexual, y dentro de la transmisión sexual se tienen datos y evidencias de que en la mayoría de los países, en el caso del sexo masculino, el principal mecanismo sigue siendo la vía homosexual. Esto debe hacer pensar a los tomadores de decisiones que cuando los recursos son escasos, los programas preventivos debieran enfocarse primero a incidir en los grupos en los que se está produciendo la mayor parte de la epidemia, lo cual redundará en beneficio propio de dichos grupos y de la sociedad en general al evitar su generalización.

### Ciencias sociales (15, 16)

La epidemia del SIDA ha tenido tal variedad de impactos que éstos resultan imposible de inventariar. Uno de ellos y, por cierto, no el menos importante, es el de modificar la consideración de las temporalidades. Lo que en otros problemas podría considerarse como algo reciente —no más de diez o quince años de antigüedad— en SIDA ya merece el olvido o pasa a ser un clásico. En otras palabras, si queremos hacer historia no podemos remontarnos ni siquiera a veinte años atrás. Algunos lúcidos pensadores de las ciencias sociales dejaron en este corto lapso algunas reflexiones que el tiempo sólo ha podido confirmar. Ya en 1988, Rosenberg (17) nos decía que “el SIDA ha demostrado que las epidemias tienen lugar a varios niveles: evento biológico, percepción social, respuesta colectiva y fenómeno individual, tanto existencial como moral [...] Cada enfermedad, en tanto fenómeno social, es una configuración única de eventos y respuestas tanto en la esfera biológica como en la social”. Para la misma época, Bayer señalaba que “el elemento clínico y epidemiológico central del SIDA [...] es que la transmisión del VIH ocurre en el contexto de las relaciones sociales más íntimas o en aquellos contextos que se han demostrado refractarios por casi un siglo al control social [...] El SIDA nos ha confrontado con el problema de cómo tratar actos privados que tienen consecuencias sociales”. (18) Estas afirmaciones relevan de cualquier justificación adicional al papel de las ciencias sociales en la lucha contra la epidemia: las ciencias sociales -todas ellas- deben servir para conceptualizar, comprender y modificar los procesos que favorecen la difusión de la infección y que obstaculizan el tratamiento de la enfermedad. Ello implica, desde una perspectiva disciplinaria, echar mano de la psicología individual y social, la sociología, la antropología, la economía, la ética, la ciencia política y de cualquier otra disciplina que se reconozca como social.

A pesar de los pocos años transcurridos ya es posible identificar varias etapas en la evolución del abordaje de las ciencias sociales frente a la epidemia, bajo la advertencia acerca del necesario relativismo con que debe considerarse un intento de este tipo. Como todo intento de clasificación, éste también es discutible. Sin embargo, resulta sumamente útil tener un ordenamiento sustantivo del campo. Algunos autores (19) señalan que el paso de los enfoques neoconductuales a los estructurales, y la más reciente aparición de una seria preocupación por temas tales como el poder y la vulnerabilidad, implican un significativo progreso en la comprensión de los fenómenos asociados a la epidemia y a la comprensión de la epidemia misma. Esta visión es compartida por otros trabajos cuando se destaca que hemos avanzado de una etapa en la que la preocupación principal estaba en contar a otra en la que una visión más integral, más sistémica, privilegia el comprender. (20)

En la XII Conferencia las ciencias sociales no aportaron novedades espectaculares, aun cuando se pueden vislumbrar tendencias promisorias. Respecto a la prevención,

hay un conjunto de resultados de investigaciones hechas desde las ciencias sociales que merece ser destacado:

- Se delínean algunas estrategias posibles de trabajo con una población tradicionalmente muy difícil de acceder: los usuarios de drogas intravenosas. Al mismo tiempo que se reportan éxitos y fracasos se hacen evidentes las necesidades de intervenciones más integrales en el marco de un respeto absoluto a los derechos humanos de esta población.
- Al tiempo que mejora el impacto de las intervenciones con trabajadoras sexuales sigue habiendo una carencia notoria de investigación acerca del trabajo sexual masculino.
- Se ha avanzado en la prevención en el lugar de trabajo.
- Los trabajos con jóvenes logran hacer evidentes cuáles son las mejores estrategias y confirman que son infundados los viejos temores acerca de que la educación sexual tiene un efecto contraproducente al incrementar y adelantar la actividad sexual.
- Ha proliferado la investigación sobre el condón femenino dándole cuerpo a la idea de que un mecanismo para mejorar la prevención es el empoderamiento de las mujeres poniendo a su disposición métodos que ellas puedan controlar.

A esta lectura por grupos se puede agregar una perspectiva *por* dimensiones. Los trabajos presentados aportaron evidencia acerca de la importancia de incorporar a todas las consideraciones una perspectiva de género, de tener en todos los programas mecanismos de evaluación cuantitativos y cualitativos, de recuperar una genuina participación comunitaria como condición para el éxito de los programas y de privilegiar el respeto a los derechos humanos en cualquier acción relacionada con la epidemia.

El gran optimismo que sucedió a la XI Conferencia realizada en Vancouver, cuando se hizo evidente la disponibilidad de algunos recursos terapéuticos más eficaces, no se mantuvo en esta ocasión. La razón fundamental no puede ser atribuida a las sombras que aparecieron sobre estos tratamientos, sino a la constatación de que la inequidad existente entre países y al interior de cada país es la que va a definir el acceso a los mismos. Si bien hubo expresiones de solidaridad y se esbozaron algunos compromisos, quedó flotando en el ambiente la sensación de que este problema necesitará no sólo de esquemas económicos para su solución sino, fundamentalmente, de propuestas políticas. A pesar de la urgencia e importancia de este problema no fue mucho lo que aportaron los trabajos presentados en la Conferencia. En un brillante trabajo, Freeman Dyson —profesor de Física en la Universidad de Princeton— (21) señala que “los caminos por los cuales la ciencia puede trabajar para el bien o para el mal en una sociedad humana son variados. Como regla general, para la cual hay muchas excepciones, la ciencia trabaja para el mal cuando sus efectos consisten en proveer juguetes para los ricos y trabaja para el bien cuando sus efectos satisfacen necesidades de los pobres”. Y más adelante señala que “la brecha cada vez mayor entre tecnología y necesidades humanas sólo puede ser llenada por la ética”. Esta perspectiva es la que debe tenerse en cuenta tanto en el problema de los medicamentos como en la investigación sobre vacunas. También este tema ha estado lamentablemente ausente en la agenda de la investigación social cuando hay razones para suponer que será necesario un aporte fundamental de las ciencias sociales cuando haya condiciones para poner a prueba vacunas. Seguramente en futuras Conferencias esta ausencia será reparada. Así ocurrió con un tema que ha estado presente en el discurso pero ausente de la agenda política y de la investigación. Los movimientos poblacionales ocuparon muy poco espacio en las Conferencias anteriores a pesar de que se acepta la influencia que estos movimientos tuvieron y tienen en el origen y la dispersión de la epidemia. Por primera vez, en esta Conferencia dos paneles estuvieron dedicados al tema de las migraciones o, más genéricamente, a los movimientos de población.

En estas sesiones reaparecieron tres dimensiones que atravesaron prácticamente todas las presentaciones: vulnerabilidad, riesgo y derechos humanos. Los factores sociales y económicos que definen el riesgo entre las poblaciones móviles tienen poco que ver con factores individuales. En realidad, se trata de situaciones de riesgo en contextos de riesgo a los que están expuestas poblaciones vulnerables. Estos grupos derivan su vulnerabilidad de la afectación que sufren sus derechos más elementales en su lugar de origen, en el de tránsito y en el de destino. Dentro de estos grupos hay dos que agregan un elemento que incrementa su vulnerabilidad: las mujeres y los migrantes ilegales.

Esta distinción entre riesgo y vulnerabilidad está lejos de ser una sofisticación semántica. Mientras que el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y desigualdad sociales y exige respuestas en el nivel de la estructura. Es la vulnerabilidad la que determina los riesgos diferenciales y es sobre ella que debe actuarse. Sin embargo, decirlo es más fácil que proponer acciones concretas. Hacia allí es hacia donde apunta el desafío más inmediato en el que deberán trabajar los científicos sociales interesados en contribuir a la superación de la epidemia del SIDA.

### **Movilización comunitaria (22, 23)**

Desde la perspectiva de los activistas de la región, y algunos de ellos también como personas que viven con VIH/SIDA, se expresa que la discriminación y estigmatización en la región no sólo no han disminuido con los avances científico-tecnológicos, sino que, en varios casos, ha aumentado hacia las personas que viven con VIH/SIDA. Siendo que en promoción del derecho, la no discriminación es un objetivo inalienable de las instituciones públicas, se considera que las acciones de los Estados deben desarrollarse en tres planos: 1. La promoción de los derechos a la no discriminación en el campo laboral, de atención a la salud, y de relaciones sociales. 2. Las intervenciones de prevención en la población con mayor riesgo, a los grupos vulnerables. 3. La atención de las personas que viven con VIH/SIDA.

La movilización comunitaria se puede destacar como una pieza clave para la prevención sostenida en el ámbito comunitario. El VIH/SIDA involucra múltiples aspectos de la vida de los individuos y las comunidades, requiriéndose de múltiples respuestas comunitarias y sociales acordes a cada situación, como por ejemplo de la violación a los derechos humanos, a lo cual muchos de los gobiernos de los países de la región han contribuido a aumentar la discriminación y estigmatización.

Frente al problema social del VIH/SIDA se necesitan respuestas políticas del más alto nivel: son los jefes de gobierno los que deben tener y demostrar la vocación política para empezar campañas y acciones para controlar la epidemia. En América Latina y el Caribe, las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y los grupos de personas que viven con VIH/SIDA realizan múltiples acciones de presión política, lo cual se debe traducir en verdaderas decisiones de los gobernantes, de lo contrario no se logrará disminuir la incidencia del VIH/SIDA, ya que el problema por sí mismo difícilmente constituye un tema convocante para la movilización comunitaria.

En América Latina y el Caribe las ONG dependen en gran medida de la participación de voluntarios no remunerados. Asimismo, tienen otras dificultades adicionales, como la ardua tarea de mantener la convocatoria cuando muchos líderes enferman o mueren por el virus; los inconvenientes para vencer los prejuicios y las falacias informativas; y la no percepción del VIH/SIDA como una urgencia en las comunidades pobres, que tienen otras prioridades más inmediatas, como por ejemplo, subsistir.

Frente a estas dificultades se puede promover la movilización comunitaria a través del trabajo a pequeña escala, pero con logros visibles, para abarcar progresivamente a grupos más amplios. Existen diferentes experiencias comunitarias, aunque no siempre se dispone de sistematizaciones de las mismas, fundamentalmente por la imposibilidad logística y económica de medir su impacto. Sin embargo, en los últimos años se han realizado avances sustantivos, especialmente en experiencias de prevención. También se han evidenciado adelantos en el área de tratamiento y cuidados, con proyectos que involucran a personas que viven con VIH/SIDA, y además en los esfuerzos coordinados por el acceso a tratamientos y a mejores condiciones de vida; y el fortalecimiento del trabajo en red en el ámbito internacional, regional y nacional.

El principio sobre el cual la XII Conferencia Internacional sobre SIDA basó su organización logró concretar la participación comunitaria a la par de la científica y garantizar una riqueza de resultados que son un modelo para otras conferencias y reuniones u otras actividades internacionales, regionales y/o nacionales.

La integración en todas las mesas, simposios y/o paneles de expresiones científicas y comunitarias que enriquecieron a unos y a otros, permitió ampliar diálogos y mostrar cómo éstos son posibles y además ventajosos. Los principales temas en el área comunitaria y en sí de investigación presentados en esta Conferencia se refirieron a la prevención en hombres que tienen sexo con hombres, la reducción de daños en usuarios de drogas, las experiencias con educadores de pares, el acceso a medicamentos en el marco de los derechos humanos, la prevención de la transmisión perinatal y las vacunas. Acorde con esto surge como conclusión central que en SIDA toda intervención o respuesta no puede marginar ni ignorar a las personas que viven con el VIH/SIDA, a las organizaciones o grupos comunitarios que trabajan en SIDA y a los profesionales, técnicos y científicos.

Las respuestas nacionales unilaterales no sólo no son efectivas sino que son contraproducentes. La decisión política es clave para lograr respuestas exitosas, pero ella se nutre y basa en una adecuada participación comunitaria. Las respuestas exitosas son las respuestas políticas que cuentan con apoyo de la comunidad y que permiten a todos los interesados participar.

Respecto a las personas que viven con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, la atención médica integral, incluyendo el acceso a los medicamentos tanto para la profilaxis de enfermedades oportunistas como los esquemas anti-retrovirales indispensables para su sobrevivencia, varía mucho de país a país dentro de la región; por ejemplo, en Argentina, Brasil, Costa Rica y Uruguay las personas que viven con VIH/SIDA (PVIIH+) tienen garantizados al cien por ciento por la ley el acceso a la atención médica y sus tratamientos respectivos, aunque esto no los exime de tener que padecer desabastos, problemas en la distribución de fármacos y anomalías en la atención médica. En México hay cobertura de algunos anti-retrovirales por la seguridad social para aquellos que tienen derecho a ésta. En Paraguay ha habido cobertura con frecuentes desabastos. En Chile se brinda sólo terapia con dos análogos de nucleósidos, mediante sorteo. De acuerdo con Organizaciones no Gubernamentales, en Perú y posiblemente en otros países, a estas fechas no existe ningún equipo de carga viral, por lo que se envían las muestras al extranjero, lo que tiene un costo de alrededor de 300 dólares. En la mayoría de los países de la región aún se padecen una endeble atención médica, resultado de la deficiente preparación de los trabajadores de la salud, de la falta de recursos materiales, de los medicamentos necesarios, de las pruebas de monitoreo, etcétera.

De los esfuerzos más relevantes que se pueden destacar es el caso de Brasil, en donde a través de un Decreto Presidencial se ordenó dar estos fármacos a todas las personas con VIH/SIDA, derivando en la ley número 9313, promulgada a finales de 1996, que establece el derecho al cuidado médico completo de las personas que viven con el virus.

En Argentina fue el Poder Legislativo el que decidió definir un presupuesto especial para dar estos medicamentos, incluyendo posteriormente una ley que obliga a las obras sociales a cubrir el SIDA entre sus miembros y posteriormente en 1997 la ley se extendió a las medicinas prepagadas. En Costa Rica la vía fue el Poder Judicial, el que tras una demanda de los afectados ordenó al gobierno otorgarlos, y desde el 20 de mayo de 1998 Costa Rica cuenta con la Ley General sobre VIH/SIDA, que tiene como objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre VIH/SIDA, además de abordar los derechos humanos de las personas afectadas por VIH/SIDA como elementos fundamentales. Finalmente, y no menos importante, vale la pena señalar que Uruguay provee actualmente con terapia anti-retroviral combinada a todos los que lo requieran así como pensiones a las personas que viven con el VIH/SIDA. En todos estos casos se contó con el apoyo de funcionarios de los Programas Nacionales de Lucha contra el SIDA y la fuerte participación comunitaria.

Los anti-retrovirales reducen la mortalidad prematura, tal como se reporta en la literatura médica, y permiten que los enfermos con SIDA, incluso en etapas avanzadas, puedan recuperarse de estadios debilitantes e incorporarse a una vida productiva y sin discapacidad. El año pasado en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, se reportó una disminución de más del 30% de muertes por SIDA atribuibles a los medicamentos anti-retrovirales combinados. De acuerdo con datos preliminares de la Coordinación General del Programa contra SIDA/ETS en Brasil, el cambio en el coeficiente de mortalidad específica por SIDA para el total nacional en Brasil descendió 37%, de un nivel basal de 23.7/100,000 en 1995 a un coeficiente de 16.8/100,000 habitantes.

Las personas que viven con VIH/SIDA de América Latina y el Caribe están conscientes de que se requiere de un esfuerzo presupuestal, ya que los medicamentos son costosos, y precisamente por eso no los pueden adquirir, convirtiéndose en una externalidad imposible de alcanzar; esto debe verse como una lógica para una decidida intervención gubernamental. Si las personas con VIH/SIDA de la región y sus familias intentaran comprar estos medicamentos de sus bolsillos, enfrentarían catástrofes microeconómicas. Algunos grupos no gubernamentales de personas que viven con VIH han propuesto que estos montos puedan obtenerse de transferencias de pequeños recortes a áreas no prioritarias del Estado, por ejemplo, señalan a las áreas de Defensa, Marina y Turismo, entre otras. Es necesario hacer notar que estos mismos grupos están conscientes de que no es necesario sacrificar otros programas prioritarios de salud, como lo es también la prevención del VIH, ya que ahora es la única forma viable y económicamente beneficiosa de detener el avance de esta epidemia.

Los gobiernos y las sociedades deben comprender el inminente peligro que representa el VIH/SIDA, animados por un sentido de urgencia, haciendo hincapié en la universalidad y la indivisibilidad de los derechos humanos. El cumplimiento de las obligaciones de los Estados en lo que se refiere a los derechos a la no-discriminación, la salud, la información, la educación, el empleo, el bienestar social y la participación pública es de importancia decisiva para reducir la vulnerabilidad ante la infección por VIH y asegurar la atención de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Los Estados de América Latina y el Caribe deben entender que la salud pública constituye una cabal justificación para salvaguardar los derechos humanos, aparte del respeto, la protección y el cumplimiento que éstos merecen por sí mismos.

En el contexto del VIH/SIDA, un entorno en el que se respetan los derechos humanos disminuye la vulnerabilidad y el riesgo ante el VIH/SIDA, las personas afectadas directa o indirectamente por este virus podrían vivir una vida digna sin estar sometidas a discriminación y se atenuarían los efectos personales y sociales de la infección por el VIH. Es imprescindible conenzar sobre la relación que existe entre los derechos humanos y la salud pública, poniéndose de relieve la sinergia que hay entre ambas esferas.

## Conclusiones

En esta XII Conferencia Internacional sobre SIDA ha sido mucho más notoria la diferencia entre los países industrializados y los países en desarrollo, diferencias que ha descubierto el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida con enorme claridad.

Esta epidemia plantea un enorme reto y pone en crisis el desarrollo de algunos países en la región. Los gobiernos se enfrentan al problema de asignación de recursos para una enfermedad que no existía y que está aumentando dramáticamente de un año al siguiente. La epidemia por VIH/SIDA en América Latina está causando una creciente morbilidad y mortalidad que aumenta en forma significativa la demanda de servicios de gran complejidad. El elevado costo del tratamiento anti-retroviral tiene el potencial de desviar los limitados recursos del sector salud al grado de afectar el financiamiento de otros programas prioritarios.

La situación es crítica para países con presupuestos limitados en sus ministerios de salud. Para hacer frente a esta epidemia en el contexto de la reforma del sector salud se requiere conocer la velocidad de crecimiento de esta epidemia, la demanda de servicios nuevos que generará, y los costos asociados. Si bien es cierto que el SIDA compete con muchas otras enfermedades por un presupuesto limitado para su control, el hecho de ser una epidemia potencialmente explosiva requiere que se le considere como una emergencia de la mayor prioridad en salud pública.

La región de América Latina y el Caribe presenta en la mayoría de los países una epidemia concentrada, lo que da posibilidades a los gobiernos de que se puedan llevar a cabo intervenciones enérgicas para la prevención y se sienten las bases para dar atención adecuada a los ya afectados. Sin embargo, al ser los recursos económicos escasos, el acceso a los esquemas con medicamentos anti-retrovirales con fondos públicos sigue siendo un tema de gran debate, y para la mayoría de los países de la región de mucha dificultad para garantizar en forma inmediata el acceso universal a estos tratamientos, aun cuando hay ejemplos que muestran su factibilidad (Argentina Brasil, Costa Rica y Uruguay).

Es evidente que el control de sangre en la región debe continuar. Se debe disminuir la transmisión vertical mediante el uso de anti-retrovirales y la sustitución de la leche materna en madres con VIH.

Para la prevención de la transmisión sexual es insoslayable intensificar las campañas específicas dirigidas a hombres que tienen sexo con otros hombres, a trabajadoras/es sexuales y sus clientes, y a usuarios de drogas intravenosas y sus parejas. Éstas deben privilegiarse sobre otros grupos con bajo riesgo de contraer VIH, sobre todo si no existen recursos suficientes.

Más de 11 millones de personas ya han muerto de SIDA. Pero hay 2,300 millones que viven en países en desarrollo donde la enfermedad todavía no se ha propagado más allá de determinados grupos de riesgo específicos. Si los gobiernos de América Latina y el Caribe, la comunidad internacional y las Organizaciones no Gubernamentales actúan ahora se pueden salvar muchas vidas. Y si se contiene la propagación del SIDA, es probable que a los que hayan contraído la infección se les pueda prestar mejor atención que si se declarara una epidemia de grandes proporciones, situación que desbordaría los servicios de salud de la mayoría de los países de la región.

Los programas dirigidos a prevenir la infección por VIH entre quienes tienen un comportamiento de mayor riesgo, son generalmente polémicos pero salvan vidas. Sin la intervención constante, permanente y con seguimiento en estos grupos de riesgo, la epidemia no se podrá frenar. Las reacciones emocionales no son buenas consejeras para hacer frente a este problema de salud pública. Se debe comprender que la forma más eficaz

para evitar una epidemia que podría acabar afectándonos a todos es alentar a las personas más expuestas a adquirir y transmitir el VIH a adoptar un comportamiento más seguro.

Estigmatizar y discriminar a las personas pertenecientes a los grupos de riesgo o a quienes desafortunadamente viven ya con este virus es contraproducente. Sólo haciendo frente a estos arduos problemas se conseguirá mitigar el impacto del SIDA.

Todos los países necesitan emplear alguna combinación de medidas preventivas y de atención para asegurar un equilibrio apropiado.

Se demostró en forma enfática que la participación del sector privado en la prevención y en el respeto a los derechos humanos y laborales de los trabajadores es posible de ser desarrollado mediante la iniciativa de los empresarios, no sólo como un acto de humanidad sino con sentido económicamente benéfico para las empresas.

El gasto de montos que se haga hoy para prevenir la propagación del VIH reducirá el gasto público futuro que significa tratar y atender a las personas que vivirán con VIH/SIDA. Por lo tanto, independientemente de la cuantía del presupuesto para combatir el SIDA, es importante asegurar un gasto adecuado en prevención.

## Referencias

1. Revisión basada en el contenido del Libro “El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria” Izazola-Licea JA, Astarloa L, Beloqui J, Bronfman M, Chequer P, Zacarías P (Eds.). Fundación Mexicana para la Salud/SIDALAC/ONUSIDA: México, 1999.
2. Apoyo e integración editorial Jorge Huero Siqueiros.
3. Organización Panamericana de la Salud. “Hacer Frente al SIDA. Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial”. Washington, D.C.: OPS, 1998. xxix, 432 pp. (OPS. Publicación Científica #570)
4. Con base en: Soto LE. Aspectos relevantes de las Ciencias Básicas con respecto a la epidemia de VIH-SIDA: variantes circulantes del VIH en América Latina, patogénesis y vacunas. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 1. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
5. Con base en: Del Río C, Cahn P. Terapéutica anti-retroviral y de padecimientos asociados al VIH-SIDA: aspectos generales e implicaciones para América Latina y el Caribe. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 2. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
6. Feinberg MB, Carpenter C, Fauci A, et al. “Guidelines for the use of Antiretroviral Agents in HIV-infected adults and adolescents”. *Ann Intern Med* 1998;128:1079-1100. Citado en: Del Río C, Cahn P. Terapéutica anti-retroviral y de padecimientos asociados al VIH-SIDA: aspectos generales e implicaciones para América Latina y el Caribe. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 2. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
7. Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, et al “Antiretroviral Therapy for HIV infection on 1998”. *JAMA* 1998;280:78-86. Citado en: Del Río C, Cahn P. Terapéutica anti-retroviral y de padecimientos asociados al VIH-SIDA: aspectos generales e implicaciones para América Latina y el Caribe. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 2. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
8. Con base en: Anabel Arredondo, Zacarías F. Epidemiología del VIH-SIDA en América Latina y el Caribe: niveles actuales, tendencias y tipología de la epidemia. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 3. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
9. Con base en: Bilali Camara, De Groulard M, Zacarías F. La Epidemia del VIH/SIDA en Surinam y el Caribe Anglófono. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 4. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
10. Pisani E, Brown T, Saidel T, Rehle T, Carael M. Meeting the behavioral data collection needs of National HIV/AIDS and STD programs. A joint IMPACT/FHI/UNAIDS Workshop. Report and conclusions. May 1988.
11. Con base en: Carlos Avila, La Reforma del Sector salud y su interrelación con la epidemia del VIH-SIDA en América Latina y el Caribe. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 6. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
12. Con base en: Jorge Saavedra, Economía y SIDA en América Latina. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 5. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.

13. Avila-Figueroa C, MaWhinney S, Chequer P, Astarloa L, Child R, Mohar-Betancourt A. El futuro de la epidemia de SIDA en América Latina. En: Izazola-Licea JA (Ed.). Situación epidemiológica y económica del SIDA en América Latina y el Caribe. Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F. 1998. Pp 50-97.
14. Encuesta sobre acceso a medicamentos Anti-retrovirales en países de América Latina. Grupo de Cooperación Técnica Horizontal. Coordinación General, Programa de SIDA/ETS, Brasil. Información no publicada.
15. Con base en: Carlos Cáceres, Dimensiones sociales relevantes para la prevención del VIH-SIDA en América Latina y el Caribe. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 7. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
16. Con base en: Raquel Child, Contribución de las Ciencias Sociales para la comprensión de la epidemia del VIH-SIDA y la organización de las respuestas en su contra. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 8. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
17. Rosemberg, ChE. The Definition and Control of Disease-An Introduction. Social Research (327-331), Vol.55, No.3, Autumn 1988.
18. Bayer, R. Private Acts, Social Consequences. AIDS and the Politics of Public Health; New York/London The Free Press, 1989.
19. Cáceres C. Dimensiones sociales relevantes para la prevención del VIH-SIDA en América Latina y el Caribe. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 7. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
20. Child R. Contribución de las Ciencias Sociales para la comprensión de la epidemia del VIH-SIDA y la organización de las respuestas en su contra. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 8. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
21. Dyson, F. Can Science Be Ethical? (46-49). The New York Review of Books, vol. XLIV, April 10, 1997.
22. Con base en: Mabel Bianco. La movilización comunitaria como pieza clave para la prevención sostenida a nivel comunitario. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 9. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.
23. Con base en: Jorge Huerdo. El papel de la movilización comunitaria en el acceso a los anti-retrovirales en América Latina y el Caribe. En: Izazola-Licea JA, et al. (eds.) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Capítulo 10. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.: 1999.

SECCIÓN I  
CIENCIAS BÁSICAS Y CLÍNICAS\*

\* La Dra. Laura Astarloa es la coeditora de esta sección



ASPECTOS RELEVANTES DE LAS CIENCIAS BÁSICAS CON RESPECTO A  
LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA: VARIANTES CIRCULANTES DEL VIH EN  
AMÉRICA LATINA, PATOGÉNESIS Y VACUNAS

*Luis Enrique Soto Ramírez*

### Introducción

La epidemia de VIH/SIDA detectada desde la década de los ochenta continúa avanzando a pasos agigantados con más de 16,000 nuevas infecciones por día en todo el orbe. (1) Desde el inicio, la pandemia ha presentado un patrón desigual en diferentes regiones, países e individuos, siendo los países en desarrollo y los pobres los más afectados. Esta desigualdad se ha hecho mayor desde la introducción de los esquemas anti-retrovirales potentes, ampliamente disponibles en los países desarrollados y prácticamente no utilizados en aquellos con escasos recursos económicos. Así, la XII Conferencia Internacional de SIDA en Ginebra 1998, vino a marcar esas claras diferencias y aunque su lema fue “Construyendo el puente entre Norte y Sur”, entre pobres y ricos, entre tecnología y empirismo, la conclusión es que ese puente ya existe pero que desgraciadamente es de paga y que la cuota de uso es elevada.

Dos enfoques fueron evidentes en los trabajos presentados. Los países desarrollados enfatizaron los logros de la terapia anti-retroviral reflejados en los datos presentados de la menor mortalidad asociada a VIH, la baja significativa del número de hospitalizaciones, así como los nuevos prospectos de tratamiento antiviral e inmunomodulador basados en importantes avances sobre el entendimiento de la patogénesis de la infección y desde luego novedosas y costosas técnicas para la cuantificación de carga viral, de resistencia a medicamentos y de función inmune. Pero no todo fue color de rosa para los países desarrollados, es claro que los más potentes tratamientos antivirales, no son lo suficientemente efectivos para erradicar al virus ni para restaurar la función inmune y que muchas de las nuevas opciones terapéuticas tienen resistencia cruzada con tratamientos usados en el momento actual. Así, de no aparecer nuevos medicamentos con blancos diferentes, el periodo actual de luna de miel de los triples esquemas pudiera llegar pronto a su fin y dar paso nuevamente a la era de frecuentes hospitalizaciones, de fastidiosas enfermedades oportunistas y de aumento en la mortalidad. La base para evitar esto, radica en el mejor entendimiento de la patogénesis de la infección que permita encontrar nuevos blancos de acción antiviral y nuevas estrategias de recuperación inmunológica.

Por otra parte, los países en desarrollo mostraron una faceta mucho más obscura pero no por ello decepcionante y desde luego nunca carente de lucha. Aun cuando en los más pobres la mortalidad sigue aumentando, el incremento de infecciones oportunistas y el efecto negativo sobre la economía por la pérdida de fuerza laboral; los esfuerzos científicos y de la comunidad en ausencia de recursos ha sido ejemplo a seguir en los países ricos. En el aspecto de ciencias básicas la contribución de los países en desarrollo ha sido limitada pero no por ello de poca proyección, como el uso de técnicas de poco costo para el estudio de fenómenos biológicos, el conocimiento de las variantes virales (subtipos) circulantes en estas regiones y de algunos aspectos diferentes de la biología del virus así

como de la protección natural en contra de la infección por VIH en estas poblaciones y regiones geográficas. Las diferencias presentes en los países en desarrollo son también de gran importancia en el entendimiento de la patogénesis.

Aún con todos los avances en el conocimiento, a más de 15 años del primer caso de SIDA descrito en los Estados Unidos de Norteamérica, no hay un tratamiento curativo ni una vacuna preventiva. Este hecho continua creando desesperación e incertidumbre, que se suma a la ansiedad de no poder dar los tratamientos disponibles a todos aquellos que los necesitan. Todos estos factores negativos no han mermado el espíritu de lucha ni el deseo incluso comercial de algunas compañías por avanzar en el campo. Así, aun con el recorte de los fondos destinados a investigación, existe interés de algunos laboratorios y compañías farmacéuticas para el diseño y prueba de candidatos de vacunas y para el descubrimiento de nuevas opciones terapéuticas.

Como en eventos previos, en esta Conferencia se presentaron informaciones contradictorias que son difíciles de evaluar. Si bien el origen de esto es la gran competencia en el medio de la investigación de VIH, considero que a esto se ha sumado la necesidad casi imperiosa de ir adelante con nuevas opciones terapéuticas y vacunas. A este respecto, una de las posiciones prevalentes a nivel mundial es la de proceder con ensayos de vacunas y por ello, vimos esta Conferencia llena de trabajos con diferentes candidatos de vacunas, pero poco fue lo que se analizó en relación a cual o cuales son los marcadores inmunológicos de protección.

En el presente documento se hace una revisión actual de los conceptos importantes en la ciencia básica relacionada a VIH/SIDA presentados en la XII Conferencia Internacional de SIDA en Ginebra de 1998, sus antecedentes, y la verdadera aportación de esta Conferencia. El objetivo de esta revisión es el de crear un marco de referencia para América Latina y el Caribe que permita establecer las líneas de acción para el aprovechamiento óptimo de los recursos y permita ofrecer una respuesta ante las posibilidades terapéuticas y preventivas que aparecen en el mundo desarrollado. Es claro ante las diferencias en las epidemias que ocurren en esta región, que se deben de encaminar recursos a la investigación básica y no escatimar en este campo a pesar de la gran necesidad de recursos para el tratamiento y atención óptimas de los enfermos, pero es también claro que estos recursos deben de ser orientados a las prioridades y canalizados de tal manera que se evite la duplicación de esfuerzos.

## Revisión previa a la Conferencia de SIDA en Ginebra

### *Principales avances en ciencias básicas*

En el campo de las ciencias básicas muchos descubrimientos de gran significancia se han hecho recientemente, la mayoría orientados por la necesidad existente de nuevas opciones terapéuticas y preventivas. En términos del virus se han encontrado hallazgos trascendentales a nivel molecular para entender como la proteína de cubierta interactúa con los receptores celulares y como proteínas accesorias son utilizadas por el virus para optimizar la producción viral y para evitar reconocimiento inmune. Con respecto al huésped, se ha logrado un mejor entendimiento de las alteraciones inmunológicas presentes desde el periodo de la infección primaria y como estas pueden ser modificadas. Todo esto ha redondeado el cuadro de la patogénesis de esta infección. Siendo claro que el control de la epidemia dependerá del desarrollo de una vacuna adecuada, se ha incrementado el entendimiento de respuestas inmunoprotectoras y se han probado básicamente en animales múltiples nuevos candidatos.

*Interacción Virus-célula*

## Cubierta viral

La entrada del VIH a sus células blanco requiere la interacción secuencial de la glicoproteína (gp)120 con la molécula CD4 y posteriormente con los receptores de quimiocinas. El entendimiento de los mecanismos de esta interacción se ha enriquecido gracias a la cristalización reciente de la molécula de gp120. (2) A través de este descubrimiento se ha podido dilucidar la existencia de una cavidad en gp120 que se une a CD4 y que a diferencia de otros procesos de unión virus-receptor, involucra el esqueleto de la gp120 y no las cadenas laterales. Esto permite al virus cambiar la estructura de las cadenas laterales para evadir la respuesta inmune sin afectar la unión al CD4. Después de esta unión la molécula de gp120 se modifica para poder contactar a los receptores de quimiocinas principalmente a través de la región V3. Cual receptor de quimiocina que pueda ser utilizado por el virus depende probablemente de la carga eléctrica de la V3. La unión a CD4 y a los receptores de quimiocinas origina un cambio conformacional que expone la región hidrofóbica de gp41 iniciando el proceso de fusión.

La cristalización de la gp120 ha servido también para poder establecer los dominios antigénicos de esta molécula. (3) Desafortunadamente se reconoció que los dominios envueltos en el contacto con receptores están escondidos y que probablemente esa sea la razón de la pobre neutralización reconocida de aislados primarios. Más aún, se ha establecido que la estructura natural de la gp120 es muy probablemente trimérica y que por lo tanto los anticuerpos (Ac's) que se han producido con las moléculas recombinantes usadas en múltiples candidatos a vacunas utilizan epítopes que no están representados in vivo.

## Co-Receptores

Poco se ha avanzado en el entendimiento y por lo tanto en las opciones de bloqueo de los co-receptores de CD4, los receptores de quimiocinas. El principal receptor para las cepas macrofagotrópicas (R5) es el CCR5, mientras que los virus linfotrópicos (X4) usan preferencialmente CXCR4. El tropismo por tipos celulares específicos está determinado tanto por factores del hospedero (célula) como del virus a nivel de las áreas variables de la proteína de la cubierta (V1, V2 y V3), y probablemente como consecuencia de la interacción múltiple entre estas regiones. Desde el punto de vista patológico, el cambio tan reconocido de fenotipo al inicio de las manifestaciones clínicas de no formador a formador de sincios pudiera explicarse por un cambio en el receptor preferencial de CCR5 a CXCR4. (4)

La importancia de estos co-receptores se ha hecho aún más evidente en vista de que polimorfismos en su estructura protegen en contra de la adquisición de la infección por VIH o en contra de la progresión a enfermedad. Una delección de 32 pares de bases del receptor CCR5 llamada  $\Delta 32$ , cuando se presenta en forma homocigota impide la expresión del receptor y se ha asociado a exposición a VIH pero sin infección, (5) mientras que el defecto heterocigoto se asocia a lenta progresión de la enfermedad. (6) Esta delección que se presenta hasta en 20% en forma heterocigota en Caucásicos y 1% homocigota, está prácticamente ausente en Africanos y asiáticos, coincidiendo con las regiones de mayor prevalencia de VIH. (7) No existen datos en la mayor parte de América Latina de la frecuencia de este defecto, estando ausente por completo en la única serie, hecha en venezolanos. (8) La alteración homocigota no es completamente protectora en contra de infección ya que sólo impide la entrada de virus macrofagotrópicos. Otro polimorfismo asociado a

retraso en la progresión de la enfermedad es un cambio de un solo aminoácido de valina a isoleucina en el primer dominio de membrana del CCR2b (CCR2b-64I). A diferencia de CCR5Δ32 esta alteración es encontrada en todos los grupos étnicos e incluso se ha asociado a retraso en la progresión a SIDA en mujeres africanas. (9) Se ha identificado además, un defecto puntual en SDF-1, el ligando de CXCR4 que también se asocia a lenta progresión pero cuyo efecto parece ser mayor que el de CCR2-64I y CCR5Δ32 y es más acentuado en las fases tardías de la enfermedad, probablemente en relación con la presencia de cepas linfotrópicas. (10) No existe tampoco información de la frecuencia de estos otros polimorfismos en población Latinoamericana y del Caribe.

### *Factores inmunológicos*

#### Mecanismos de resistencia a la infección por VIH-1

Los Ac's pueden impedir la infección por VIH en diferentes maneras, ya sea por bloqueo de la entrada del virus a la célula, por destrucción viral mediada por complemento o por destrucción celular citotóxica. Característicamente la respuesta de Ac's neutralizantes es lenta y débil, aun cuando en los individuos no progresores se pueden encontrar niveles más elevados. (11) En vista de la gran variación viral generalmente estos Ac's son cepa específicos más que ampliamente reactivos. Varios son los obstáculos para una adecuada producción de Ac's neutralizantes: la gran cantidad de oligosacáridos que bloquean un adecuado reconocimiento y desde luego la cambiante estructura de la gp120 que se modifica al contacto con los receptores celulares. En vista de esto y de que los sitios de unión a CD4 y CCR5 se encuentran parcialmente bloqueados, una estrategia para la producción de Ac's efectivos podría ser el utilizar epítopes que se descubren después de la unión a CD4 y así bloquear la unión a CCR5. (12)

Por otro lado la respuesta inmune celular parece ser mucho más efectiva en proteger contra del VIH-1. La actividad de linfocitos CD8+ puede ser doble, a través de linfocitos T citotóxicos (LTC) que destruyen células infectadas y a la producción de citocinas inhibitorias. Estas acciones no protegen en contra de infección sino de diseminación viral. Durante la etapa asintomática parecería que los LTC mantienen un control parcial del virus a juzgar por su desaparición en etapas avanzadas. La respuesta de LTC es amplia contra varios antígenos de lo cual el virus es capaz de escaparse incluso desde el momento de la infección primaria. (13)

#### Respuesta inmune en infección primaria y su relación con progresión

El desarrollo de rápida o lenta progresión en un paciente infectado por VIH depende de eventos que ocurren durante la infección primaria. En efecto, cuando existe una respuesta de LTC adecuada esto permite una replicación viral limitada que a su vez hace poco probable la presencia de mutantes de escape y desencadena en una lenta progresión. Sin embargo, para una adecuada función de LTC es necesaria la participación de linfocitos CD4+ que en ocasiones se ven importantemente deprimidos en la infección primaria en cuyo caso la respuesta de LTC es pobre con una alta replicación viral, mutantes de escape, disminución de expresión de moléculas de MHC-1 y por lo tanto menor LTC desencadenando en una rápida progresión. Esta cadena de eventos pudiera ser bloqueada por un tratamiento temprano antiviral, (dentro de los 6 meses de seroconversión) intentando establecer una lenta progresión. (14)

*Erradicación Viral*

A pesar de la idea inicial de una posible erradicación después de un lapso considerado como de 3 años de tratamiento potente supresivo, se ha determinado recientemente que el VIH persiste en células CD4 de memoria en forma de provirus. (15, 16) De acuerdo a la vida media de estas células la erradicación considerando una cantidad de virus baja en otros reservorios, tardaría alrededor de 7 años de tratamiento continuo, lo cual es muy poco probable de lograr con los tratamientos actuales. Una de las formas propuestas para erradicar este reservorio es la activación inmunológica de las células en reposo mediante citocinas como IL-2 o IL-6 (17) o bien con anticuerpos monoclonales contra CD3. Los riesgos de estas terapias no se han estudiado adecuadamente. AntiCD3 pueden por si mismos producir depleción de células T, un efecto que no sería recomendable y las citocinas podrían también aumentar la replicación viral e incluso aumentar la cantidad de células latentemente infectadas. Así, quedan múltiples interrogantes de como eliminar este reservorio, cuando se origina y si es que es constante o se va renovando, otros acercamientos para eliminarlo y los efectos colaterales de los propuestos actualmente.

*Vacunas*

Una vacuna para VIH es la única medida que aparentemente podrá controlar la pandemia especialmente en vista de los costos de los tratamientos actuales y de la incertidumbre de su eficacia a largo plazo. VIH-1 es un blanco difícil para el desarrollo de vacunas. Se desconoce la respuesta inmunológica que deba de crearse y los antígenos virales más adecuados para producirla y tampoco se ha creado un vector adecuado para liberar la vacuna en el o los tejidos adecuados. (18) Por otra parte en vista de que la forma más frecuente de transmisión es a través de membranas mucosas una vacuna debe de crear inmunidad a ese nivel. Además, no existe un modelo animal adecuado para probarlas dado que los chimpancés se infectan difícilmente con VIH y los macacos se infectan fulminantemente con virus de inmunodeficiencia del simio. (19)

Actualmente un sinnúmero de candidatos se están probando en estudios de fase I y II, en ambos casos sólo para seguridad e inmunogenicidad, pero los estudios de fase III de eficacia, utilizando subunidades virales están aún por iniciar (Tailandia). Estas subunidades sólo han sido útiles en modelos muy tendenciosos de chimpancés. En humanos no origina LTC, los Ac's neutralizantes no protegen contra aislados primarios y no ha ejercido presión evolutiva en aquellos casos que se han infectado a pesar de la vacuna. (20)

Las vacunas con vectores vivos a los que se les inserta una parte del genoma de VIH se han hecho populares recientemente en vista del uso de virus pox aviarios que no completan su ciclo replicativo en el humano. Sin embargo, las vacunas de canarypox han demostrado un bajo nivel de Ac's neutralizantes y una limitada inducción de LTC en 50% de vacunados. Deberá de probarse si ésta es una protección suficiente o como poder incrementar la respuesta estimulatoria. (21)

Las vacunas de ADN (plásmidos) aplicadas intramuscularmente producen una adecuada respuesta de LTC y han sido útiles en modelos de primates gracias a la producción continua de inmunógenos. (22) Queda aún mucho campo por investigar acerca del uso de estas vacunas en las comunidades y especialmente de sus efectos secundarios (oncogenicidad). El acercamiento más debatido es el de los virus vivos atenuados; al momento actual la evidencia es indicativa de que probablemente la atenuación no sea igual de efectiva para algunos huéspedes (neonatos) y de que los virus puedan revertir o recombinarse convirtiéndose en patógenos. (23)

Otro aspecto que aún está pendiente por explorar es el de las vacunas terapéuticas en combinación con terapia antiviral potente. Dado que durante este tipo de tratamiento la respuesta inmune desaparece, se ha propuesto que aumentarla podría ser la mejor opción para un control crónico de la infección, no existiendo aún evidencia de que sea posible.

Aun cuando la inmunidad esterilizante con una vacuna, se considera muy difícil de lograr en el caso de VIH, se continua intentando el poder obtenerla. Por ahora el objetivo es crear una vacuna que ante una infección disminuya la replicación viral, facilite la respuesta inmune, disminuya el nivel de replicación viral crónica y prolongue el estado de portador así como prevenga la transmisión. Ningún candidato ha probado al momento actual esta posible respuesta.

Dadas las diferencias estructurales y probablemente biológicas entre virus de diferentes subtipos se ha sugerido que las vacunas deben de ser subtipo dirigidas, aun cuando se piensa que con algunos antígenos pudiera obtenerse protección cruzada. Por ahora es importante continuar conociendo los subtipos virales predominantes en las diferentes regiones geográficas.

### *Variabilidad viral*

La variabilidad genética observada para VIH se ha relacionado con patogenicidad del virus, escape inmune y desarrollo de resistencia a antivirales. Esta diversidad genética está dada por dos eventos, mutación y recombinación del genoma viral. Las mutaciones debidas a la función incompleta de la transcriptasa reversa, son más frecuentes pero menos drásticas que la recombinación en la que se intercambian regiones grandes del genoma en forma no azarosa y que implica la coexistencia de dos subtipos o variantes en un mismo individuo.

Para evaluar completamente la recombinación es necesaria una secuencia de todo el genoma viral un proceso costoso y tardado, por lo que se acepta al menos la secuenciación de dos regiones específicas, *gag* (p17) y *env* (C2V3). La variabilidad genética de las regiones de la cubierta y de la cápside (*gag*), se traduce al momento actual por la presencia de por lo menos 10 subtipos virales denominados A hasta J, que se agrupan en un gran grupo M para diferenciarlo de un grupo de secuencias muy distantes de cualquiera de los subtipos y que no han podido clasificarse, al que se denomina O, presente básicamente en Camerún y esporádicamente en Europa y EUA. Los subtipos A hasta E presentan hasta el momento actual una característica distribución geográfica con A, C y D dominando en la Africa Sub-Sahára, C siendo predominante en India y E en Tailandia. El subtipo B es el dominante en los Estados Unidos y en Europa Occidental, en el Caribe y en América del Sur. Virus subtipo B predominan en regiones geográficas en donde las vías de transmisión son principalmente a través de contacto homosexual y de uso drogas intravenosas, en cambio subtipos no B predominan en regiones con predominio de transmisión heterosexual. (24) Los subtipos A, B, C y D son puros mientras que los subtipo E y G generalmente son recombinantes con subtipo A. (25) Cada vez existen más recombinantes entre subtipos especialmente en regiones en donde coexisten varios subtipos, llegándose incluso hasta hallar recombinantes cuádruples. (26) En América Latina poco se conoce de las genotipos circulantes. Los datos existentes hablan de subtipos B predominante, seguido de D, F y algunos casos aislados de C en Brasil y no se hecho ningún estudio de recombinantes. En vista de la presencia de epidemias heterosexuales en América Latina y el Caribe se ha sospechado la existencia de subtipos C y E (Honduras) lo cual sin embargo no se ha probado.

Recientemente fue descrita una secuencia parcial (por encontrar fragmentado el material nuclear) de un VIH-1 de Africa, cuya agrupación filogenética demostró ser la

infección viral más antigua cerca del nodo ancestral de los subtipos B y D, sugiriendo que todos los subtipos muy probablemente han evolucionado de una sola introducción ancestral ocurrida antes de 1959. (27)

La descripción de una infectividad diferente de células de Langerhans, el probable blanco inicial en transmisión heterosexual, por subtipo B comparado con C y E, es una posible explicación de la diferencia en las epidemias heterosexuales. (28) Posterior a este hallazgo, poco es lo que se ha descrito de las diferencias biológicas de estos subtipos.

Para tipificar adecuadamente un virus es necesario secuenciar todo el genoma del virus y someter a cada una de las regiones a un proceso de “bootscanning” (RIP Program) para poder descartar recombinación. En vista del costo que representa el realizar esto, se ha dado como alternativa una secuencia parcial y la utilización de otras técnicas como el ensayo de heterodúplex, el polimorfismo de fragmentos de restricción (RFLP) y la serotipificación. Esta última se basa en la reactividad del suero de pacientes en contra de péptidos de V3 de diferentes subtipos. En un estudio de 125 individuos se encontró que la serotipificación no distingue subtipos y que la mejor concordancia se encuentra para el subtipo E seguido de C y B siendo muy pobre para A y D. (29) Esta concordancia fue mucho menor en sueros de sujetos de África, donde coexisten con múltiples subtipos. La gran variabilidad y la sobreposición de subtipos en forma reciente se ha asociado a la pobre utilidad de estos ensayos. (30) Menos inespecíficos que la serotipificación, los ensayos de heterodúplex y RFLP son de limitada utilidad para precisar el subtipo específico y no permiten establecer la presencia de recombinantes.

### *Principales preguntas de investigación en el tema*

Los cuestionamientos que surgen en relación a los datos presentados anteriormente son múltiples, destacando sin embargo los siguientes, cada uno de los cuales es en sí una posible línea de investigación:

a) En relación a la interacción gp120 y sus receptores es necesario identificar cual o cuales son los epítopes funcionales de gp120 y con que regiones de dichos receptores interactúan. Esto nos ofrecerá probablemente varias opciones terapéuticas. Es recomendable proceder con la prueba de moléculas de diversos tipos que puedan bloquear dicha interacción.

b) Deben de investigarse los mecanismos íntimos del ciclo viral intracelular con objeto de poder establecer formas de bloqueo del mismo.

c) El área de las quimiocinas debe ser ampliamente explotada. Debe determinarse cual es el papel real de las beta quimiocinas en la inhibición de la replicación viral, especialmente a nivel de señalización intracelular y tratar de manipularlas para evitar la producción viral.

d) Es muy importante estudiar el polimorfismo de los receptores de quimiocinas y sus ligandos así como su relación con la progresión de la enfermedad y establecer las diferencias raciales y/o geográficas existentes. Esto nos permitirá tomar líneas de investigación particulares (regionales).

e) Los eventos inmunológicos alrededor de la infección primaria deben ser disecados, así como las posibles manipulaciones para mejorar la respuesta de CD4 y de LTC en dicho evento, con objeto de poder prolongar el tiempo de progresión a SIDA.

f) Buscar formas efectivas de erradicar el reservorio de células T latentemente infectadas, que persiste aun con los tratamientos actuales más potentes, con objeto de poder encontrar la deseada erradicación viral.

g) En relación a vacunas es imperativo buscar los marcadores de protección. Para ello es necesario continuar los ensayos en animales y en humanos con los que seguramente se obtendrá una información valiosa. Debe demostrarse la seguridad de vacunas de ADN y virus atenuados antes de ser probadas en humanos.

h) Deben determinarse cuales son los subtipos prevalentes en cada una de las regiones geográficas y la aparición de recombinantes con objeto de establecer el (los) inmunógenos adecuados para cada región así como para poder predecir el comportamiento de las epidemias locales. Deberán de determinarse las diferencias biológicas entre estos subtipos.

i) Es importante ampliar el conocimiento básico que apoye otras posibles medidas preventivas en el tiempo en que aparece una vacuna. A este respecto la determinación de la fisiopatogenia de la forma predominante de transmisión en cada región será de gran relevancia para poder ofrecer alternativas que limiten la transmisión del VIH.

### *Principales preguntas para el proceso de toma de decisiones.*

La investigación básica es como ya se menciona una de las prioridades que deben de enfrentarse en América Latina y el Caribe básicamente porque es una forma importante de apoyo para los otros campos a cubrirse como son los de prevención y atención de los enfermos. La pregunta encaminada a los tomadores de decisiones en América Latina no es si hacer investigación básica sino más bien como hacerla y a que áreas debe de ser dirigida, estableciendo claras prioridades. Primeramente, el como debe hacerse no es uno de los objetivos de esta revisión pero es de mencionarse que debe ser llevada a cabo por personal adecuadamente entrenado, en instituciones con adecuada infraestructura, con un apoyo financiero justo y estableciendo colaboraciones con instituciones reconocidas de los países desarrollados. Aunque difícil de lograr, debe de procurarse que la investigación de grupos reconocidos no sea redundante lo cual va en detrimento del costo-beneficio.

Las áreas prioritarias de investigación deben de estar muy bien determinadas en vista del cambiante panorama de la infección por VIH. De acuerdo a la revisión hecha y a los cuestionamientos expuestos en esta sección, considero que aquellas que se aplican específicamente a América Latina y el Caribe los siguientes:

a) Nuevos acercamientos terapéuticos en diversas áreas pero especialmente en el bloqueo de la entrada del virus a la célula deben de ser buscados auxiliándose de materiales (sustancias químicas y metodologías) que no son comunes a los países desarrollados.

b) Es prioritario conocer la información genética prevalente en nuestras poblaciones en relación a los polimorfismos de receptores de quimiocinas. En vista de las diferencias raciales existentes y de la participación de las quimiocinas en la respuesta a algunas terapias, es de marcada importancia establecer que factores están presentes y cuales ausentes en nuestras poblaciones y las ventajas y desventajas que estos conllevan.

c) Por otra parte es de gran relevancia conocer más a fondo los subtipos circulantes en nuestra región, las recombinantes que están apareciendo y las correlaciones biológicas de estas variantes.

d) Aquellos países latinoamericanos con una alta incidencia de infección por VIH deben de participar en los ensayos de candidatos a vacunas y proveer información de su comportamiento en nuestras poblaciones, evitando a toda costa ser usados únicamente como conejillos de indias.

e) En vista de la transmisión heterosexual, aún incipiente en algunos países de América Latina y el Caribe deben de estudiarse los factores relacionados con ésta con las características particulares de los virus y de los huéspedes de esta región.

### **Revisión de lo presentado en la Conferencia**

A continuación se presentan los principales temas de investigación revisados en la Conferencia, aquellos relevantes para la toma de decisiones, los avances temáticos de la Conferencia y las mejores presentaciones.

#### *Patogénesis de la infección por VIH*

En la patogénesis de la infección por VIH la destrucción del sistema inmune y el desarrollo de SIDA se deben a una serie de factores tanto del virus como del huésped. Mientras los virólogos consideran que todas las alteraciones son secundarias a la replicación viral, los inmunólogos aunque no restan importancia a este fenómeno consideran que no es suficiente para explicar la gran destrucción celular y alteración del sistema inmune.

#### *Factores virales*

La constante replicación viral es probablemente la fuerza más importante que conduce a la inmunodeficiencia y prueba de ello es que la cuantificación de la carga viral es actualmente la guía básica del pronóstico de un individuo infectado. El virus ha evolucionado desde un ancestro común en un tiempo calculado de 40 años, gracias a la gran variación viral originada de dicha replicación. Esta diversidad en el caso de un mamífero tomaría miles o millones de años en producirse, mientras que en el VIH se debe a un recambio impresionante con una producción de  $10^8$  a  $10^{11}$  virus por día y una destrucción similar. Esto origina una serie de variantes diferentes dentro de un mismo organismo, denominadas cuasi especies cuya presencia tiene a su vez uno o varios propósitos o consecuencias. La más importante es esconderse del sistema inmune. Así, cuando se analizan las poblaciones existentes en un ganglio linfático se encuentra que en el mismo existen diferentes genotipos y especialmente que las FDC, consideradas como un reservorio de VIH, no comparten sus virus con las células T CD4+ vecinas, escondiéndolos de una posible presentación antigénica. Se han detectado así mismo cuasi especies en cerebro especialmente con secuencias señales de V1 en regiones frontales y temporales lo cual se ha relacionado con patología a ese nivel. (31) Otras consecuencias de esta variación viral son: la presencia de subtipos virales y su posible significancia biológica, el escape inmune, la generación de cepas con mayor capacidad de replicación y patogenicidad, así como la generación de resistencia a medicamentos antivirales. Un ejemplo interesante lo constituyen los sujetos que aun cuando infectados siguen un curso lento con poca o no progresión hacia enfermedad y que presentan una mayor diversidad genética cuando se compara con sujetos que tiene una evolución típica o incluso rápida. Aun cuando se podría esperar lo contrario, este hallazgo nos habla de la gran presión inmunológica existente en estos sujetos con el intento consecuente del virus de escapar y la imposibilidad de hacerlo ante una respuesta inmune fuerte y diversa. (32)

### La existencia o no del “setpoint” viral

La cohorte de pacientes con VIH/SIDA denominada MAC’S (Multicenter AIDS Cohort Studies) de Pittsburgh ha establecido que el “setpoint” viral, es decir el valor de carga viral poco después de la seroconversión es predictor del desarrollo de SIDA, como un reflejo del balance alcanzado entre la lucha del virus contra el sistema inmune. Sin embargo el grupo inglés de Sabin y colaboradores reportó resultados muy diferentes en una cohorte de 107 hemofílicos en que no existía un setpoint viral, sino que en realidad los niveles de carga viral iban aumentando conforme la enfermedad progresaba. No existía progresión cuando la carga era menor de 10,000 copias/ml. y rápidamente se desarrollaba ésta al pasar este punto. También se encontró una relación directa entre el decremento de CD4s y el aumento en los valores carga viral. (33) Aun cuando los diferentes resultados pudieran ser debidos a las diferentes vías de transmisión (MAC’S enroló pacientes principalmente con transmisión homosexual) es de gran importancia dilucidar cual es la realidad, ya que sería diferente basar el pronóstico en un solo valor a establecer un seguimiento de la tendencia de los valores de carga viral, y si existen particularidades para cada grupo de riesgo.

### *Factores del huésped*

#### El sistema inmune

Los mecanismos propuestos desde el punto de vista inmunológico para explicar la inmunodeficiencia son: una alteración de citocinas por un cambio en la relación de linfocitos T cooperadores Th1 y Th2, muerte de células CD4 no infectadas mediado por células infectadas y apoptosis por diferentes vías. Una de estas vías es la apoptosis inducida por glucocorticoides la cual puede ser bloqueada por Ac’s monoclonales anti fase y por IL-2 e IL-12 convirtiéndose en otra posible estrategia terapéutica. (34) Por otra parte se documentó que la IL-15 contrarresta la pérdida de linfocitos T, aumentando su supervivencia y proliferación, más que por bloqueo de la apoptosis. (35)

El doctor Zinkernagel, inmunólogo suizo propuso un modelo alternativo basado en otros modelos virales. (36) Mientras que en virus citopáticos es necesario una respuesta T vigorosa y anticuerpos para controlar su replicación, en aquellos no citopáticos una respuesta inmune mediada por células T excesiva causa daño inmunológico. Para este investigador el VIH está en este último grupo. La consecuencia inmediata de esta propuesta es que para el tratamiento de la infección por VIH se necesitaría un acercamiento completamente diferente al ahora propuesto de estimular la respuesta citotóxica y sugeriría el bloquear dicha respuesta. Ideas como ésta pueden originar nuevas formas de combatir la infección por VIH.

#### Lecciones de la infección aguda

Después de la selección de una cepa macrofagotrópica por razones desconocidas en la infección primaria, se presenta un aumento en células CD8+ y una disminución en CD4+. Esto se asocia con una expansión del repertorio VB de las CD8s, pérdida de los clones CD4 específicos contra VIH y estabilización de la replicación viral en un “setpoint” como efecto del equilibrio de la destrucción celular por replicación y de la respuesta inmune. En este momento se establece un reservorio pequeño de células infectadas de forma latente. La diversidad del repertorio VB se asocia a progresión; cuando el repertorio es policlonal es más frecuente que estos individuos se conviertan en no progresores. Con el tiempo si se

pierden algunas de estas clonas, aumentando nuevamente la replicación viral. Una forma de poder compensar esta pérdida podría ser recuperar los clones de CD4+ con actividad específica contra VIH, siendo ésta una de las áreas a explorar en el futuro. (37) La respuesta de células cooperadoras es entonces clave, tal y como lo demostró el trabajo del doctor Bruce Walker que correlacionó la no progresión con mayor respuesta cooperadora, que a su vez se relaciona con una respuesta mayor de LTC VIH específicos y con cargas virales más bajas y cuentas más elevadas de CD4s. El tratamiento potente con inhibidores de proteasa ocasiona un efecto muy similar, sin embargo no es suficiente para controlar las células latentemente infectadas. (38) Esta respuesta de células T cooperadoras, puede ser también incrementada e incluso regenerada mediante vacunas.

### Receptores celulares

El doctor Gallo presentó una sesión de novedades en la patogénesis de la infección por VIH, (39) resaltando los mecanismos por los cuales entra el virus. Trabajos recientes de la cristalización de gp120 han demostrado que las cargas positivas de V3 favorecen la unión a CXCR4 mientras que cargas negativas a CCR5 y que en la unión a receptores de quimiocinas tiene también que ver las regiones V1 y V2 que quedan espacialmente en contacto estrecho con V3. Los glicosaminoglicanos que rodean a los receptores de quimiocinas pueden funcionar como primer contacto sin necesidad de CD4 por lo que el doctor Gallo considera que las quimiocinas son los verdaderos receptores de VIH. Por otra parte el doctor Gallo considera que las quimiocinas RANTES, MIP 1 alfa y beta corresponden al factor CAF descrito por el doctor Levy años antes y no identificado como algún producto específico. La inhibición producida por estas quimiocinas no es nada más por bloquear el sitio de entrada del virus sino por disminuir la expresión de los receptores de quimiocinas. Sin embargo es poco probable que sean CAF pues éste también bloquea a los virus formadores de sincicio. Por otra parte como fue mencionado por el doctor Levy en la sesión de resumen de ciencia básica, la fuente de CAF es únicamente células CD8+ y la de quimiocinas es tanto CD4 y CD8 y mientras CAF se pierde al progresar la enfermedad las quimiocinas están directamente relacionadas con ésta. Aunque el doctor Gallo considera este bloqueo de CCR5 como un mecanismo de opción terapéutica es poco probable que funcione pues podría originar el cambio a virus más virulentos que utilicen CXCR4. Conceptualmente un acercamiento con péptidos que bloqueen la fusión podría ser más efectivo, tal y como se ha visto con el T20 que puede disminuir incluso hasta 2 logaritmos ( $\log_{10}$ ) los niveles de carga viral.

### El papel de los receptores de quimiocinas en la infección cervicovaginal.

En el trabajo de Patterson *et. al.* se encontró que el receptor predominante en cérvix era el CCR5 en contraste con CXCR4 en células mononucleares de sangre periférica. La expresión de CCR5 en cérvix se veía incrementada aún más en presencia de una enfermedad de transmisión sexual ulcerada y en la fase progestacional, ambos factores claramente relacionados a mayor frecuencia de transmisión heterosexual. Las células que expresaban el CCR5 se encontraban en el infiltrado submucoso y tenían un fenotipo de células activadas T de memoria. En experimentos in vitro se demostró que la progesterona así como las citocinas proinflamatorias como IL-2 y IL-12 (presentes en daño inflamatorio) aumentaban la expresión de CCR5. (40)

### Uso de otros receptores de quimiocinas

El trabajo de Berger *et. al.*, (41) siguió una pequeña cohorte de 3 progresores rápidos encontrándose, que al cambio de CCR5 a CXCR4 también se utilizaban otros receptores tales como CCR1, CCR2b, CCR3, CCR4 y CCR8. Este cambio a un uso promiscuo de receptores ocurrió poco antes de la disminución de células CD4 pero no se presentó en ninguno de 3 no progresores y en 2 de 5 progresores lentos que continuaron utilizando CCR5 únicamente.

### Polimorfismos de receptores de quimiocinas en América latina

Solo dos trabajos presentaron polimorfismos de CCR5 en América Latina. En ambos la frecuencia fue muy baja no encontrándose homocigotos. En 200 donadores de sangre de Sao Paulo, Brasil 6.5% fueron heterocigotos para  $\Delta 32$ , (42) mientras que en la ciudad de México en 100 individuos de población abierta sólo 3 fueron heterocigotos no encontrándose ninguna correlación con la presencia de ancestros caucásicos. (43)

### Los receptores de quimiocinas como blanco potencial para medicamentos anti-VIII

Sustancias que pueden mimetizar el efecto de los ligandos naturales de los receptores de quimiocinas así como aquellas que puedan bloquear la unión del VIII a este receptor pueden servir como posibles inhibidores de la diseminación a células no infectadas convirtiéndose en una atractiva estrategia terapéutica anti-VIII. Otra posibilidad más remota sería la de inhibir la expresión de dichos receptores en las células blanco.

*Bloqueo de CCR5:* RANTES, el ligando natural de CCR5 es un débil bloqueador de la infección por VIH tipo macrofagotrópico. Sin embargo la modificación de su extremo N-terminal produce un compuesto llamado AOP-RANTES mucho más potente, inhibiendo la replicación de virus no formador de sincicios en forma dosis dependiente sin afectar la proliferación celular. (44) Por otra parte este compuesto disminuye la expresión de CCR5 en las células blanco. (45) Desafortunadamente AOP-RANTES no bloquea la infección de cepas formadoras de sincicio y de hecho favorece la aparición de variantes que cambian su tropismo. (46)

*Bloqueo de CXCR4:* Los biciclams, agentes de bajo peso molecular bloquean selectivamente la infección por VIH-1 y VIH-2 pero sólo por cepas linfotrópicas. Queda por determinar los efectos que este bloqueo produce en la función inmune natural. (47)

### *Reservorios virales*

El doctor Fauci en la sesión plenaria discutió algunos de los factores del huésped en la patogénesis. En los modelos *in vitro* creados en su laboratorio demostró que la replicación de los virus linfotrópicos se incrementa con RANTES que a su vez inhibe las cepas macrofagotrópicas activando las células que replican las primeras variantes. Hablo también de las células CD4+ latentemente infectadas por VIH y su importancia como células que persisten aún ante tratamiento anti-retroviral potente incluso cuando éste se haya comenzado tempranamente. (48) El doctor Fauci propuso algunos potenciales acercamientos para eliminar este reservorio con uso combinado de IL-2, IL-6 y TNF o con Ac's anti-CD3 basado en que aparentemente la producción viral de estas células al suspender el tratamiento viene de estimulación por esas

citocinas, y proponiéndose estimularlas durante el tratamiento para poder eliminarlas. Sin embargo en sus estudios in vitro de 6 ensayos sólo en uno se pudieron eliminar completamente estas células y en otro el reservorio incluso aumento de tamaño, un efecto que ha sido ya temido que ocurra in vivo. Las opciones posibles de acuerdo al doctor Fauci son: detener el tratamiento y que el sistema inmune pueda lograr un adecuado control de estas células, otra es que se necesite estimular el sistema inmune y en un grupo muy pequeño que se necesite el purgar estas células para eliminar el reservorio. Estos datos junto con los obtenidos por el doctor Siliciano ponen en un lugar de mito a la erradicación o cura de la infección por VIH, a pesar de una disminución de todos los otros reservorios virales, algunos incluso en forma dramática. El doctor Siliciano estableció que estas células latentemente infectadas en realidad constituyen un tercer reservorio (CD4+ de memoria en reposo). Para eliminar este reservorio se necesita tratamiento temprano, en vista de que se establece durante la infección primaria y un decremento de  $6 \log_{10}$  de la carga viral lo cual no es posible con los tratamientos actuales. Tratando de ser positivo mencionó que este reservorio es menor de 1% de las células infectadas, se disminuye si se trata pacientes en la infección primaria y pudiera incluso eliminarse con futuros tratamientos más potentes dado que este reservorio se pudiera estar alimentando de replicación viral residual. Más importante es que este reservorio está formado por virus susceptibles a los antivirales usados y finalmente, que tal vez su erradicación no sea necesaria en vista de que algunos pacientes al suspender tratamiento no han tenido rebote como posible efecto de control inmunológico. El doctor Ho en su presentación fue claro en que el tiempo de desaparición de este reservorio pudiera ser infinito, (49) especulando junto con otros grupos no 2 sino hasta 5 fases de supresión de la producción viral. (50) Los virus provenientes de este reservorio no son atenuados y tienen igual velocidad de replicación que los virus presentes antes de tratamiento. Todos estos hallazgos hacen creer que o no se consideraron todos los reservorios o se sobrestimó la potencia de los tratamientos antivirales.

### *Factores relacionados a progresión de la infección por VIH-1*

#### Variaciones en el virus predominante y carga viral

El virus tiene un papel preponderante en la evolución de la infección. Esto se demuestra en el estudio de 8 pacientes infectados con un virus con una delección de *nef*. De ellos 2 han fallecido por causas ajenas al VIH y el resto sobreviven 14 a 17 años después de haberse infectado, con cargas virales detectables pero bajas y cifras estables de CD4. (51) Se corroboró la importancia pronóstica del fenotipo viral, reportándose la relación de virus no formadores de sincicios con cifras estables de CD4, y de los formadores de sincicios con un decremento de dichas células. (52)

La carga viral corroboró su papel como factor de progresión. En el estudio de la Dra. Buchbinder, (53) se siguió una cohorte de seroconvertidores, de los cuales a los 10 años 11% eran considerados no progresores pero sólo permanecieron en ese status 2% a los 18 años, siendo el resto sólo lentos progresores, diferenciándose estos grupos sólo por los niveles bajos de carga viral en los no progresores mas no por marcadores genéticos en quimiocinas. Esta progresión podría ser inducida de acuerdo a la disminución de carga viral cuando se inicia tratamiento temprano o con combinación potente, estimándose que 29% podrían permanecer libres de desarrollar SIDA a 20 años en comparación con el 8% si no hay tratamiento potente. (54)

## Co-infecciones

La presencia de infecciones concomitantes también se asoció a un mal pronóstico. En el estudio de Nsubuga P. *et. al.* (55) la sobrevida fue menor en pacientes con VIH y tuberculosis que en controles sin esta patología. Hatzekakis *et. al.* (56) demostraron que la sobrevida en pacientes con VIH y hepatitis C genotipo 1 era significativamente menor que en aquellos sin este genotipo. Por otra parte no se encontró diferencia en la progresión de pacientes infectados con HTLV-II (57) o hepatitis B, siempre que la infección por VIH se hubiera adquirido después de la primera. Un estudio pequeño (n=8) se demostró que en aquellos sujetos VIH+ que se sobreinfectaban con Hepatitis B el pronóstico sí se ensombrecía. (64) La infección por *Mycobacterium avium* aumenta la replicación viral probablemente por un efecto a nivel membranal de las células infectadas. (58)

## Características del huésped

Básicamente la edad (59) y el polimorfismo genético de los receptores de quimiocinas son factores relacionados a progresión. Vittinhof *et. al.* (60) no demostraron un efecto significativo de la heterocigocidad para CCR5Δ32 o CCR264I en los no progresores de San Francisco. Sin embargo Ioannides en un metaanálisis (n=2741) de 8 cohortes, demuestra que la heterocigocidad de CCR5Δ32 sí está asociada con lenta progresión en un efecto que está mediado al menos parcialmente por decremento en la carga viral. (61) No efecto se relacionó con la mutación de CCR264I ni con el polimorfismo de SDF-1. Algunos marcadores genéticos como HLA A3, B14, B17, B27, DR6 y DR7 se encuentran frecuentemente en no progresores. La combinación de algunos de los marcadores aumenta las posibilidades de protección. (62)

## *Aplicaciones en el tratamiento de la infección por VIH*

### *Nuevas técnicas de carga viral*

#### Carga viral en secreciones genitales

Dado que la carga viral plasmática ha demostrado su clara relación con progresión de la enfermedad, varios de los esfuerzos se centraron en la determinación de carga viral fuera del plasma y en contestar preguntas tales como la existencia de un santuario de producción local y cuales son los riesgos de transmisión en caso de carga plasmática no detectable. En Brasil se encontró una adecuada correlación de carga viral después de tratamiento entre semen y plasma si bien cerca de 50% de los pacientes antes de iniciar tratamiento eran no detectables en semen. (63) Por otra parte se demostró que 3 de 99 pacientes con carga viral plasmática no detectable, sí eran detectables en semen, apoyando la posibilidad de un santuario local así como de continua posibilidad de transmisión. (64) ADN en mucosa ano-rectal también fue detectado en 18% de los casos de sujetos con carga viral no detectable en plasma, sugiriendo una fuente continua de infección. (65) Estos hallazgos son alarmantes en vista del considerable aumento en prácticas de alto riesgo que se documentó en pacientes con carga viral plasmática no detectable. (64)

En el caso de secreciones cervicales fue evidente que existía una disociación entre la carga viral en secreciones cervicales y las plasmáticas siendo mayores en las primeras y no existiendo un valor plasmático que correlacionara con ausencia de excreción

viral genital. (66) Fang *et. al.* (67) presentaron un estudio de sólo 2 pacientes comparando secuencias genéticas de polimerasa en plasma y cérvix, antes de tratamiento potente supresivo y en 3 ocasiones después de iniciado. Se encontró que las secuencias tenían una evolución diferente y se agrupaban filogenéticamente en forma separada dependiendo del compartimiento. Más aún, se detectó que la variación viral era mayor en el tracto cervicovaginal mientras que el desarrollo de resistencia era menor.

### *Reconstitución inmune después de tratamiento*

En pacientes que responden adecuadamente a tratamiento combinado potente con supresión sostenida de la replicación viral, las cuentas de células CD4 generalmente se elevan, disminuyendo la frecuencia de infecciones oportunistas sugiriendo reconstitución del daño inmune causado. La capacidad funcional de las células CD4 que aumentan es desconocida, así como el efecto que la supresión viral pudiera tener en la respuesta específica (anti-VIII) de células T, puesto que ésta podría desaparecer. La respuesta al tratamiento de las células T es bifásica, primero aparecen las de memoria y posteriormente persisten las células sin memoria. Esto se debe a que el paciente infectado por VIH de acuerdo al doctor Miedema tiene una capacidad de regeneración de células T disminuida, es decir no forma células T de sus progenitores en sangre periférica. Al recibir tratamiento aumenta la capacidad de regeneración pero predomina la de células sin memoria, siendo que en una primera fase sólo existe duplicación de células de memoria existentes. (68) El repertorio de células T, especialmente CD8+, sufre una expansión oligoclonal con expresión de sólo algunos receptores (RCT) durante la infección por VIH, como consecuencia de una respuesta predominante en contra del virus. Este fenómeno ocurre desde la infección primaria. (69) Soudeyns *et al.* (70) demostraron que el uso de tratamiento potente durante la infección primaria, estabilizaba el repertorio de TCR impidiendo la oligoclonalidad.

### *Efecto del tratamiento potente supresivo sobre respuestas inmunes específicas*

En el trabajo de Leandersson *et. al.*, (71) no se demostró en pacientes crónicamente infectados ningún incremento en la respuesta proliferativa de células T contra VIH. Esto a diferencia de lo que ha sido demostrado por el doctor Walker (72) al tratar pacientes durante la seroconversión. y apoyado en esta Conferencia por el trabajo de McElrath *et al.* (73) La respuesta a otros antígenos como Cándida se recupera rápidamente después de tratamiento. (74) Sin embargo, en niños aun cuando el tratamiento no sea temprano se observo un aumento importante de células sin memoria, con recuperación de la respuesta proliferativa linfocitaria a antígenos conocidos y aumento muy importante del tamaño del timo. (75)

Existen alteraciones en la respuesta inmune que probablemente no se recuperen. La predominancia de CD4 sin memoria con tratamiento supresivo y la ausencia de marcadores de activación inmune hacen pensar que se necesitan otras medidas terapéuticas para garantizar una restauración funcional completa. En pacientes tratados con inhibidores de proteasa las células CD8+ productoras de IFN  $\gamma$  no se recuperan y se continúa produciendo IL4, lo que hace sospechar que no se recupera la producción de citocinas de Th2 a Th1 y por lo tanto la función inmune normal. (76) Dado que en sujetos con enfermedad avanzada y bajas cargas virales existe una producción remanente de IL-2, podría ser esta interleucina un tratamiento útil, incluso en etapas avanzadas. (77) Con relación a tratamiento con IL-2 (más antivirales) se demostró que mejora las cuentas de

CD4 y disminuye la carga viral en mayor grado que sólo antivirales, incrementando el número de células que expresan CXCR4 y CCR5 pero no la carga viral. (78)

#### Reconstitución inmune e infecciones oportunistas

Poco después de iniciada la terapia potente supresiva se observa la ocurrencia de infecciones oportunistas, que se han atribuido a la aparición de respuesta específica de células CD4 de memoria al suprimir la replicación viral. Se presentaron 33 casos de este evento en una serie de 132 casos que iniciaron tratamiento, y que tuvieron una infección oportunista 1 o 2 meses después de iniciado el tratamiento. Aun cuando se encontró discreta relación con cargas virales más elevadas, fue claro que los casos presentaban cuentas más bajas de CD4s (<100/mm<sup>3</sup>). (79)

#### Reconstitución inmune en asintomáticos

La recuperación inmunológica es muy pobre en pacientes asintomáticos siendo incompleta 6 meses postratamiento y reflejando cambios menos avanzados en la estructura linfática y por lo tanto una mejoría aparentemente menor. Esto que no apoya el tratamiento temprano. (80)

### *Resistencia*

Los más recientes avances en cuanto a resistencia se presentaron una semana antes de esta Conferencia en la reunión de Resistencia de Lago Maggiore. Varios de los hallazgos presentados en esa reunión y repasados en este congreso fueron resumidos por John Mellors. (81) Tres mecanismos potenciales de resistencia a anti-retrovirales fueron propuestos. Uno es el de resistencia bioquímica como en el caso de las mutaciones 67/70 que disminuye la unión de la ZDV a trifosfatos, aumentando la fosforolisis lo cual bloquea completamente el efecto del medicamento. El segundo mecanismo es el de resistencia genotípica, el cual es bien conocido a través de mutaciones especialmente aquellas que causan resistencia múltiples como la mutación 69 a serina que da resistencia a todos los análogos nucleósidos incluyendo d4T. Este fenómeno de resistencia múltiple es de baja ocurrencia en los análogos nucleósidos pero desgraciadamente muy frecuente en el caso de los inhibidores de proteasa (IP). En este sentido se amplió la serie de Hertogs *et. al.* (82) a 2,900 fenotipos, encontrándose resistencia cruzada a los 4 IP en 65 a 90% de los pacientes con resistencia a uno de los inhibidores usados y se asoció a mutaciones en codones 10, 36, 46, 54, 71, 77, 82, 84, 90 siendo independiente de cual de los medicamentos fue utilizado inicialmente. El tercer mecanismo es de resistencia estructural como la que ocurre para los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos con la mutación K103W.

Aun cuando es clara la importancia de la resistencia a anti-retrovirales lo que aún no es claro es su significado clínico. La relación de resistencia fenotípica y/o genotípica con la respuesta clínica es aún puesta en duda. Los patrones de resistencia basales antes de tratamiento predicen la respuesta a Abacavir, Ritonavir, Saquinavir, Nelfinavir y varias combinaciones de 4 medicamentos, con una buena correlación entre los ensayos genotípicos y los fenotípicos. Sin embargo en vista de la pobre sensibilidad de estos ensayos cuando se obtiene un resultado de susceptibilidad no es garantía de buena respuesta. Así estos ensayos son mucho mejores para dar malas noticias que para dar buenas y en muchos casos las malas pueden ser inferidas por la historia de uso de medicamentos sin tener que

realizar este gasto. Finalmente, predecir falla no nos responde como tratar adecuadamente y no todas las fallas al tratamiento implican resistencia.

Por otra parte la relevancia de los ensayos de resistencia es clara ante la cada vez más frecuente transmisión de virus resistentes. En San Francisco en aislados de infecciones recientes 16% eran resistentes a ZDV y 8% a 3TC. (83) En Ginebra en 67 casos se encontró resistencia a ZDV en 7.5%, sólo un caso para 3TC, nevirapina y ddC, y 15% para IP con 3% con mutaciones primarias. (84) En una serie de Berlín de 43 casos de reciente infección, muestras 2-14 meses después de la infección, demostraron en dos casos resistencia a ZDV y 17 de 27 mutaciones primarias y secundarias relacionadas a resistencia a IP. (85) Estos datos nos hacen cuestionar si debemos de realizar ensayos de resistencia para iniciar tratamiento o si el esquema a iniciar debe de basarse en la historia de uso de medicamentos de la fuente de infección (pareja, sangre, etcétera).

### Resistencia a nuevos anti-retrovirales

El mayor problema de los medicamentos actuales es el de resistencia cruzada, la cual limita el número de opciones terapéuticas para cada paciente. Desafortunadamente los nuevos medicamentos no han venido a resolver estos problemas puesto que exhiben también resistencia cruzada. Así el Adefovir, primer análogo nucleótido inhibidor de la transcriptasa reversa, no es útil en casos en que el individuo posea virus con alta resistencia a ZDV y su uso se asocia al desarrollo de mutaciones resistentes a ZDV aun cuando ésta nunca se haya utilizado. (86) Abacavir otro de los análogos nucleósidos a estar disponibles en corto plazo, tiene como primera mutación in vitro la 184 tal y como ocurre en virus altamente resistentes a 3TC y es seguida por otras en posiciones 65, 74 y 115. (87) Para que el efecto se haga manifiesto clínicamente, se necesita la presencia de al menos 3 mutaciones. (88) Abacavir no es activo con cepas que demuestran la resistencia cruzada múltiple (complejo 151). Se ha demostrado también, que cepas resistentes a uno o dos inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa son sensibles a Abacavir, pero las que presentan resistencia múltiples también son resistentes a este medicamento. (89) Amprenavir presenta como mutación primaria a la I50V, que no es común a otros IP, sin embargo en vista de que todas las mutaciones secundarias son comunes, virus resistente a Ritonavir y a Indinavir se espera tenga resistencia cruzada con Amprenavir.

Aun cuando los resultados clínicos con efavirenz son muy halagadores, no lo es tanto el que tiene una fuerte resistencia cruzada con todos los inhibidores no nucleósido de transcriptasa reversa.

### *Nuevos blancos antivirales*

El proceso de transporte inicial del virus desde su sitio de entrada se asocia a componentes del citoesqueleto celular (microtúbulos y microfilamentos). Inhibidores de estas estructuras tales como citocalasina D pueden inhibir la infección por VIH. (90) Por otra parte se demostró un efecto importante de actinomicina D, doxorubicina y compuestos similares en la inhibición de la transferencia inicial de la cadena de ácidos nucleicos durante la transcripción reversa (función de "NC" chaperón). Siendo que estos fármacos han sido utilizados ampliamente en otras patologías podrían ser una opción viable a corto plazo y como adyuvantes de otras terapia. (91) Otros blancos atractivos que fueron mencionados fueron las proteínas no estructurales o regulatorias del VIH como nef que junto con vpu disminuye la expresión del receptor CD4 en células infectadas. (92)

Se diseñó el efecto inhibitorio de saliva, encontrándose que corresponde al desprendimiento de la cubierta viral causado por dos glicoproteínas, aglutinina y mucina. Aunque estas proteínas son muy grandes como posibles medidas terapéuticas, pequeños carbohidratos de sitios activos pudieran ser un posible blanco futuro. (93) Se encontró por otra parte que la proteína no estructural *vif* actúa como inhibidor natural de la proteasa y se logró inhibición significativa de la actividad de ésta con una molécula sintética que semeja a *vif*. En este campo sin embargo es necesaria la creación de un sistema de transporte que lleve esta molécula al sitio donde se necesita. (94)

### *Vacunas en contra de VIH*

#### *Generalidades*

Una vez más uno de los aspectos más discutidos fue el de vacunas. La opinión del doctor Wigzell (95) fue que no es probable crear una vacuna que obtenga inmunidad suficientemente para esterilizar sino más bien una que reduzca la producción viral, es decir proteger contra enfermedad no contra infección. La postura del ponente fue clara en el sentido de ir más allá y empezar a probar todas aquellas vacunas de subunidades, aun cuando la posible protección sea limitada. Hasta el momento no se han aprendido lecciones útiles de los individuos expuestos pero no infectados y de aquellos niños con aparente desaparición de virus. Con los no progresores se ha determinado la importancia de la proliferación de células T y de los LTC así como en menor grado de los Ac's neutralizantes cuya pobre utilidad probablemente esté debida a que no se han utilizado epítopes funcionales como aquellos que se presentan después del contacto de CD4-gp120. Existe aún gran duda de si los subtipos son entidades inmunológicas distintas. Poco ha sido en general lo que se ha aprendido de los reales marcadores de protección.

#### *Importancia de los subtipos. Respuesta cruzada.*

No se ha definido si existen diferencias en la virulencia entre los diferentes subtipos. En una cohorte de 105 individuos de Tailandia que seroconvirtieron con subtipo B (19%) y E(81%) se encontró, como única diferencia significativa una carga viral mayor para los E a 4 meses de seroconversión que desaparecía a los 12 meses y sin diferencia en CD4. (96)

Uso de vacunas B para otros subtipos: Varios estudios mostraron que el uso de vacunas de subtipo B podría originar una respuesta cruzada con otros subtipos. Se demostró una respuesta cruzada en respuesta de LTC en contra de regiones de cubierta, *gag* y *pol*, (97) pero aún así, se recomienda el buscar determinantes específicos para cada subtipo. (98) Sin embargo, también se presentó evidencia en contra, en relación a Ac's neutralizantes (99) ya que se comprobó en Sudáfrica que los virus eran mejor neutralizados por Ac's subtipo específicos, con la excepción del C que también era neutralizado por Ac's contra subtipo B.

#### *Producción de respuesta de LTC*

La vacuna que utiliza un acarreador vivo, el poxvirus aviario denominado canarypox que contiene proteínas recombinantes de *gag/env* (ALVAC vCP205) es capaz de crear respuestas de LTC VIH-específicas en 70% de los vacunados. (100) Por otra parte, otros hallazgos

del grupo AVEG (AIDS Vaccine Evaluation Group) fueron que 3 de cuatro sujetos que no desarrollaron respuesta T citotóxica inicial la presentaron 3 a 12 meses después y que 8 de 11 que sí la presentaban inicialmente la mantuvieron por 3 a 12 meses. Desafortunadamente esta vacuna tiene que ser administrada en 4 ocasiones a 0,1,3, y 6 meses para establecer estas respuestas. Queda por saberse si este 70% de LTC es suficiente para protección, si se necesitará además Ac's neutralizantes y si se debe confiar en ensayos in vitro de citotoxicidad y neutralización.

### *Vacunas de ADN*

Se analizó la posibilidad de otras vías de aplicación de estas vacunas. La administración intranasal diseminó estas secuencias a varios tejidos (pulmón, hígado, bazo, riñón, linfáticos regionales, testículos y cerebro) lo cual se asoció a mayor inmunogenicidad. (101) Las vacunas de ADN se han asociado a aumento en la producción de quimiocinas, y ésta a su vez a la inducción de otras respuestas inmunes tales como LTC. (102) A pesar de este efecto, aparentemente es necesaria alguna forma de potenciarse. Al respecto se presentaron varios trabajos. En uno de ellos se utilizaron plásmidos con el construido SHIV con **env/rev** de VIH y **gag/pol** de VIS junto con genes de codificación para citocinas Th1(IL-2 e IFN alfa) y Th2 (IL-4) encontrándose que las primeras producían altos niveles de respuesta celular y protegían hasta 50% de los animales sometidos a un reto con un SHIV IIIB, a diferencia del segundo grupo que sólo tenía niveles elevados de Ac's neutralizantes y no protegía en contra del reto, corroborando que estos Ac's no son protectores. (103) Esta información fue corroborada en otro trabajo (104) demostrándose además que la co-administración de IL-12 y IL-15 aumentaba considerablemente la respuesta de LTC .

### *Vacunas de virus vivos atenuados*

El uso de estas vacunas está ampliamente debatido y se inició en primates con VIS atenuado, hace seis años habiéndose obtenido una adecuada protección ante retos intravenosos. Dicha protección estaba relacionada con alta producción de quimiocinas, lo que podría ser un factor específico de VIS no extrapolable a VIH. (105) En este modelo entre más replicación viral se obtiene mayor es la protección, desafortunadamente con la replicación viene el peligro de la enfermedad. Utilizando el mismo virus VIS con una delección en **nef** un grupo inglés encontró un caso de SIDA fulminante en que el virus fue capaz de revertir el defecto y hacerse patógeno. La Dra. Ruprecht (106) encontró que si inoculaba un virus con triple delección incluyendo **nef**, todos los animales infantiles (9/9) desarrollaban datos de inmunodeficiencia así como 6/15 adultos.

Por otra parte el doctor Farthing propuso el uso de una vacuna denominada VIH deltaKuRN que tiene delecciones en **nef**, **vpr** y **vpu** así como en la región NFKB de LTR. Su razonamiento implica el ejemplo natural de infección de un grupo de australianos con una cepa sólo deletada de **nef**, ninguno de los cuales ha desarrollado enfermedad a 15 años, y todos con cargas virales menores de 3,500 copias. Ninguno de ellos ha tenido reversión del virus. En general el doctor Farthing considera que los virus con delección de **nef** son mucho menos virulentos en humanos que en simios. Finalmente presentó datos de 300 médicos que se ofrecerían como voluntarios, (107) lo cual no establece ninguna ventaja ni prerrogativa a este peligroso acercamiento. En contra de estos argumentos existen muchas evidencias. Una de ellas es que un virus con tantas delecciones se debe replicar muy poco y por lo tanto ser poco efectivo como vacuna. Segundo, es que el seguimiento de los

pacientes humanos con *nef* delectado es corto y que muy probablemente no han estado expuestos a otro virus que pudiera favorecer la posibilidad de recombinación, caso en que como en los simios pudiera tener como resultado el descartar el virus atenuado. Finalmente otros efectos como la posible oncogenicidad de estos virus no ha sido determinada. Así, el uso de este tipo de vacunas parece inseguro y poco efectivo al momento actual siendo su perspectiva la de encontrar los genes que realmente tengan relación con la patogenicidad (patógenes).

### *Desarrollo de vacunas en América Latina*

Únicamente Cuba presentó datos acerca de la eficacia en animales de un candidato propio de vacuna. (108) La vacuna denominada MEP que utiliza péptidos diferentes en conjunto con un adyuvante oleoso, demostró adecuada respuesta de Ac's neutralizantes en macacos, aunque esta respuesta no fue heteróloga quedando muchas dudas de su posible efectividad.

### *Genotipos o subtipos internacionales de VIH*

#### *De dónde viene y adónde va el VIH*

El doctor Goudsmit presentó un panorama de los orígenes del VIH y de la evolución futura del virus. (109) De acuerdo a este investigador el VIH-1 y el VIH-2 se originaron de una transmisión primate-humano que probablemente ocurrió en dos eventos de transmisión diferentes y no de evolución de uno a otro en el ser humano. Aunque se consideran para VIH-1 dos grupos: el M en donde se encuentran la mayor parte de los subtipos conocidos y el grupo O aparecido y limitado a Camerún y a casos aislados en Europa y EUA, probablemente exista un tercero denominado N que es genéticamente distinto y también reconocido en Camerún. Dentro del grupo M, se reconocen 10 subtipos que se distribuyen geográficamente, B en Europa y EUA así como en América Latina y el Caribe, F en Brasil, A y D en África, E en el Sureste de Asia y C en China, India y recientemente también en África, siendo éste el subtipo predominante a nivel mundial, seguido por el A. El subtipo I no ha sido adecuadamente caracterizado. De acuerdo a evolución filogenética se considera que el subtipo B comenzó a diversificarse en forma más reciente (1974) que el A (1964), siendo el más viejo el G, lo cual se apoya en la longevidad de las epidemias de África y EUA. La iniciación de esta diversificación en subtipos C y D ocurre en el inicio de la década de los sesenta. Estas fechas son más tardías en relación al momento en que se originaron los subtipos de un ancestro común y coinciden con la introducción de estas variantes en los grupos de riesgo. (110) La introducción de VIH en nuevas poblaciones se ha acompañado de subtipos híbridos derivados de recombinaciones, mecanismo que ayuda a una más rápida adaptación a un nicho geográfico, a una forma de transmisión, etcétera. Tanta recombinación probablemente es el heraldo de la desaparición de los subtipos. Esto ha creado así mismo subtipos dentro de los subtipos como la variante BO del B que es prevalente en Asia. Las recombinantes que están apareciendo son B/C en China con cubierta de C, en África A/G con la desaparición progresiva de subtipo G puro y B/F en Brasil, mientras que otras ahora ya frecuentes como A/C probablemente aparecieron en el inicio de los noventa.

En cuanto al grupo O éste sólo es detectable con un ELISA recombinante. Ninguno de los equipos de carga viral son adecuados para estos virus y no se han detectado subtipos probablemente en relación a que existen diferencias en la transcriptasa reversa que tiene menos defectos en la transcripción. Esto probablemente esté relacionado a menor

transmisibilidad y probablemente a carga viral más baja. Sin embargo, existen claramente casos de SIDA y transmisión materno-fetal (111) y otros estudios (112) muestran un grado de variación genética similar o mayor que el del M. Así muy probablemente las diferencias en divergencia con el grupo M puedan ser debidas a factores poblaciones presentes durante su introducción. Se han detectado así mismo recombinantes de O con A (A/O). Virus del grupo O presentan resistencia natural a antivirales aunque existe también ésta en los subtipos G y F.

### *Subtipos y recombinantes a nivel mundial*

En Africa, varios países continúan reportando una mezcla de subtipos. En Uganda aparte de A y D se ha notado incremento de C y aparición de F. (113) En Africa Central y del Oeste (114) se encontró que el subtipo más común es A pero su frecuencia decrece del Oeste al Centro, que el G está representado en todos los países incluidos [Senegal, Malí, Níger, Nígeria, Camerún, Gabón y DRC (Zaire)], que cada país tiene de 3 a 7 subtipos y que los subtipos E, F y H sólo se observaron en África central.

En Asia existe diseminación de los subtipos aparentemente a partir de los sitios de alta prevalencia como Tailandia y la India. Así en Burma (Myanmar) existe una mezcla de subtipo B (específicamente el BO) y E siendo este ultimo más frecuente en el borde con Tailandia (115) y en China aparte de estos subtipos se encuentra el C en las regiones colindantes con la India. (116)

En Europa se ha extendido el numero de subtipos presentes, muy probablemente por su cercanía con Africa. Por ejemplo en España se han encontrado subtipos A, B, C, D y F y subtipos A y B de VIII-2. (117) En la federación Rusa en 1997 más del 90% de los casos de VIII-1 reportados fueron en drogadictos intravenosos. En ellos se ha demostrado subtipos A y B y un nuevo recombinante A/B, mientras que en los casos heterosexuales se han demostrado subtipos A,B,C,D,G,H así como recombinantes A/E y D/G. (118)

En EUA se siguen reportando otros subtipos y correlacionando con la posible introducción por individuos que lo adquirieron fuera de dicho país. Sin embargo Weidle y colaboradores (119) demostraron en el Bronx un caso de subtipo A, uno de F y un recombinante B/F que no tenían un antecedente claro de contacto o viaje en el extranjero, lo que hace sospechar el inicio de la transmisión de subtipos no B en ese país.

En América Latina pocos fueron los reportes de subtipificación viral. El único realizado con secuencias fue hecho en Argentina con muestras de diferentes regiones y corroboró la presencia de subtipo B y F, este último en pacientes o parejas de drogadictos intravenosos, así como la de un recombinante B/F. (120) Por otro lado en Rosario usando heterodúplex se reportaron subtipos B y F, más dos casos que deben quedar en duda de subtipos A y C. (121) En Bolivia usando heterodúplex se documentó que el subtipo B era el predominante pero también se identificaron 2 casos de F. (122) En México mediante serotipificación se detecto hasta 11% de subtipos no B y no se encontró relación de estos no B con la vía de transmisión. (123) La aplicación de heterodúplex a estas muestras hace sospechar la presencia de otros subtipos incluyendo D y F tal y como había sido reportado previamente. (124) En Brasil se corroboró la existencia de subtipos B, D, F y C. El subtipo D sigue siendo muy limitado en numero pero en los casos detectados se asoció a rápida progresión. (125) El numero de casos con subtipo C parece estar estable y bajo en Sao Paulo (126) mas sin embargo se describió como el más frecuente en Porto Alegre. Este hecho pudiera estar relacionado con la presencia de una alta prevalencia de transmisión heterosexual en esa región, pero debe de ser tomado con precaución en vista de que fue determinado mediante serotipificación. (127) En Honduras a pesar de existir el mayor número de

casos de transmisión heterosexual (de acuerdo con reportes epidemiológicos nacionales) de América Latina, en los casos secuenciados sólo se encontró virus subtipo B. (128)

### *Características biológicas de los subtipos*

Aun cuando la presencia de subtipos es interesante desde el punto de vista evolutivo, lo más importante es determinar si existen diferencias en el comportamiento biológico entre ellos. Esta diferencia fue inicialmente sugerida en relación a transmisión heterosexual entre subtipo B y E (28) sin embargo no ha podido ser probada en otras características. En apoyo al trabajo mencionado, en Taiwan se demostró que los hombres heterosexuales tienen una mayor prevalencia de infecciones por virus subtipo E que subtipo B. (129) Por otra parte John y cols. demostraron que a pesar de que no existía diferencia en la excreción de ADN proviral entre subtipo C y D, la cantidad de provirus a nivel vaginal era mucho mayor en el caso de subtipo C. (130)

En una cohorte de 105 individuos de Tailandia que seroconvirtieron con subtipo B (19%) y E (81%) sólo se encontró diferencia significativa en carga viral mayor para los virus E poco después de la seroconversión como ya fue mencionado previamente. (96)

Interesantemente el virus subtipo C que se asocia a tan rápida diseminación de la infección (siendo el más frecuente) se presenta raramente como formador de sincicios mientras que no hay diferencias en otros subtipos. Los virus sin embargo en todos parecen igualmente replicantes.

En niños infectados en forma perinatal de Tanzania, se observó que el subtipo C está sobre-representado en las recombinantes de A con C y D, asociándose a una ventaja selectiva para su diseminación, determinada probablemente por secuencias de V3. (131) Quizá la evidencia más importante de las diferencias biológicas de los subtipos fue la presentada por la Dra. Kanki y colaboradores (132) que aseguran que los subtipos de VIH-1 pueden diferir en su tiempo de progresión a SIDA. En una cohorte de prostitutas en Senegal se encontró que los virus subtipo no-A tenían una posibilidad 8 veces mayor de desarrollar SIDA a 5 años con respecto al A que es el más frecuente de la región..

## **Vacíos existentes en las áreas bajo estudio**

### *Problemas no tocados en la literatura ni en la Conferencia.*

Como consecuencia lógica de un campo de investigación tan vasto como el de VIH, existen múltiples vacíos en diversas áreas al momento actual. Estos vacíos están producidos por varios factores: áreas difíciles de estudiar, áreas con pobre interés o pobremente financiadas, escasos recursos económicos especialmente en países en desarrollo y desde luego áreas olvidadas por un excesivo interés en otras usualmente generado por una idea prometedora que no fructificó o más importantemente por intereses comerciales. La gran presión existente por el avance tan dramático de la epidemia ha originado también el descuido de algunos aspectos que pudieran ser muy importantes tales como los que se consideran a continuación.

Los individuos no progresores o lentos progresores así como los expuestos pero no infectados son excelentes modelos para estudiar factores protectores en contra de la infección o en contra de la progresión a enfermedad. Para los no progresores sólo se han establecido respuestas parciales como los polimorfismos de los receptores de quimiocinas, pero no se ha encontrado una explicación común ni tampoco se han explorado las claras

diferencias en individuos de otras razas. Es sorprendente que los países industrializados no hayan volteado la cara en estos aspectos a los países pobres y que estos últimos tampoco se encuentren profundizando en ese campo.

Después de la significativa descripción de los co-receptores de CD4, los receptores de quimiocinas y del estudio de sus polimorfismos poco es lo que se ha avanzado en el real entendimiento de su papel en la infección por VIH. La información en relación a epítopes de contacto con el virus así como de la señalización que las quimiocinas establecen en la célula y que disminuye la expresión de los receptores es muy escasa y por lo tanto también lo son las opciones terapéuticas usando este blanco.

La esperanza de una cura establecida por la aparición de esquemas antivirales potentes se ha desvanecido poco a poco ante la evidencia de persistencia de la infección en células T latentemente infectadas. La mayoría de los esfuerzos sin embargo, se han concentrado en como complementar a los antivirales para evitar la persistencia del reservorio y poco se ha descrito de como eliminarlo en forma independiente especialmente en etapas tempranas. Esta es sin embargo un área novedosa en la que seguramente pronto habrá muchas más respuestas.

Con la búsqueda frenética de la cura se ha olvidado estudiar el efecto de otras infecciones crónicas en la progresión de la infección por VIH, tales como las hepatitis B y C. Aunque hasta este momento pareciera que los efectos son deletéreos no debe descartarse un factor protector que pudiera abrir nuevas avenidas de intervención.

Un aspecto que verdaderamente es de lamentarse es la insistencia de compañías farmacéuticas de probar y comercializar antivirales con resistencias cruzadas con los ya existentes, en lugar de enfocar sus esfuerzos en el diseño de nuevas moléculas que ofrezcan más a los pacientes. Vale la pena mencionar que en la premura de sacar estos productos al mercado su actividad se compara dentro y contra esquemas que claramente son subóptimos y que seguramente tienen efectos deletéreos en los individuos incluidos en dicho ensayo. Por otra parte las 48 semanas que se utilizan en la evaluación no son suficientes para descartar efectos colaterales a largo plazo.

La ausencia de los parámetros inmunológicos de protección ha retrasado importantemente el desarrollo de vacunas. Sin un claro interés ni nuevos acercamientos para obtener respuestas de estos marcadores se continúan sin embargo probando una variedad ya muy numerosa de candidatos a vacunas, basados en modelos de primates que ya nos han dado respuestas inadecuadas. Más aún en esta incesante lucha se ha destinado más esfuerzo a tratar de verificar que existe protección cruzada entre vacunas de diferentes subtipos (siempre incluido el B de países industrializados) que en crear vacunas de los subtipos prevalentes en los países en desarrollo. A pesar de que más del 90% de las infecciones por VIH son adquiridas heterossexualmente los factores que determinan esta transmisión no han sido adecuadamente estudiados perdiendo la oportunidad de tener medidas preventivas novedosas. Finalmente resulta alarmante que se pretendan utilizar candidatos de vacunas que han probado ser inseguros en primates (virus vivos atenuados) o cuyos efectos a largo plazo no han sido evaluados (ADN).

Es llamativa la falta de información amplia en relación a los subtipos virales existentes en América Latina y El Caribe. Siendo que por cercanía se esperaría que lo que ocurre en esta región impacte directamente a los EUA, pocos investigadores de dicho país han puesto sus ojos en un modelo que podría ser de gran importancia en vista de que no sólo tenemos el mismo subtipo B prevalente en EUA sino otros subtipos de reciente introducción, de tal manera que esta región podría ser también un campo de gran utilidad para estudiar las diferencias biológicas de los subtipos, algo poco probable de establecer en África por la gran recombinación existente.

### *Conclusiones útiles para los tomadores de decisiones*

Los vacíos existentes en la investigación básica de VIH/SIDA expuestos en los párrafos anteriores deben orientar a los tomadores de decisiones dentro del sector salud para establecer las prioridades en investigación. Es importante que en la mayoría de los países de América Latina y del Caribe que tienen un número limitado de grupos de investigación y de recursos para VIH se haga un esfuerzo coordinado. Este manuscrito es sólo una ayuda parcial para orientar dicho esfuerzo. Existen problemas particulares de cada región o país que deben ser abordados en forma individual. Para tal objeto es recomendable que los tomadores de decisiones del sector salud establezcan consensos y alianzas entre los grupos de investigadores. Esto permitirá el uso óptimo de los recursos y evitara la duplicación de funciones. Por ejemplo si se decide realizar subtipificación viral en un país determinado, será básico que se utilice la técnica que vaya a dar respuestas precisas a la pregunta, en este caso secuenciación de ácidos nucleicos. Así en lugar de tener un grupo que serotipifique y otro que haga fragmentos de restricción, sin llegar ambos a conclusiones absolutas, se puede organizar a todos los grupos para que participen, unos tomando muestras, otros amplificando ácidos nucleicos y otros quizá secuenciando y analizando.

Los tomadores de decisiones deberán también estar conscientes de que en ocasiones los recursos pueden no ser suficientes para lograr un objetivo. En esos casos será de utilidad crear estrategias para exponer claramente las necesidades y proponer un plan de acción en el que se pueda involucrar a otros países de la región con similares intereses. Más aún, se puede crear un marco de interés para involucrar a algún grupo prestigioso de investigación de un país desarrollado en los objetivos que se pretenden.

Para aquellos tomadores de decisiones fuera del sector salud se recomienda un asesoramiento estrecho de líderes de opinión en el ramo que puedan vigilar cuales son las áreas prioritarias y que distribuyan adecuadamente los esfuerzos y los recursos.

### **Conclusiones y recomendaciones**

La ciencia básica aplicada a VIH está evolucionando positiva pero lentamente en América Latina y el Caribe, gracias a que se han destinado más recursos y que se han incrementado las alianzas con grupos de prestigio internacional. Esto se evidencia en el número de trabajos presentados en esta Conferencia en esa área por representantes de la región y que ascendió a 38, triplicando el número de trabajos que se presentaron en la XI Conferencia Internacional de SIDA de Vancouver en 1996. Aun cuando la gran mayoría (15) hablan de tipificación viral se encontraron otros trabajos acerca de no progresores, marcadores subrogados nuevos, receptores de quimiocinas, resistencia y vacunas. Aun así la realidad está muy lejos de ser la óptima. No todos los trabajos fueron de buena calidad y muchos de ellos son repetitivos aun en un mismo país, en el mejor de los casos con información diferente y complementaria pero en otros con la misma. Esto revela seguramente la dificultad que tienen los tomadores de decisiones para elegir políticas acertadas e investigaciones prometedoras así como al alcance del presupuesto. La verdad es que este proceso de toma de decisiones se lleva a cabo prácticamente de forma individual por el investigador principal y raramente en forma colectiva junto con otros grupos.

En general esta Conferencia no fue tan positiva como la previa en vista de que no sólo se evidenció un fracaso en la propuesta erradicación del virus con esquemas de tratamiento potentes sino por que no existen opciones muy prometedoras en el horizonte. Sin embargo, estos tratamientos aunque sea por un tiempo limitado mejoran marcadamente la calidad de vida de los pacientes y en forma global han disminuido la

mortalidad y la incidencia de infecciones oportunistas. Esto que realmente es un cambio palpable tanto en forma general como individual, es una fuente de angustia cuando se comprende que no está al alcance ni siquiera del 5% de los individuos que lo necesitan en el mundo. Muchos factores aparte del económico se han evidenciado como fuente de falla de estos tratamientos, su toxicidad, el poco apego de los pacientes y desde luego la mala prescripción por médicos con poca experiencia. Así los tomadores de decisiones no deben encaminar todos sus esfuerzos a políticas de asignación de recursos para la obtención de medicamentos sino también para la educación médica y mucho más importante para la investigación básica que puede ser una base sólida no sólo para nuevos descubrimientos sino para estar preparados a enfrentar aquellos que provengan de los países desarrollados en especial en el campo de las vacunas. No deben de olvidarse tampoco en este contexto los recursos destinados para la educación y la prevención a nivel masivo.

De acuerdo con los conocimientos actuales incluyendo los vertidos en esta XII Conferencia Internacional de SIDA, se han sugerido para América Latina y El Caribe cinco prioridades dentro de la investigación básica que se exponen a continuación.

La primera es la de búsqueda de nuevos acercamientos terapéuticos especialmente en relación al bloqueo de la entrada viral. En vista de que en nuestros países sería extremadamente costoso el diseño y prueba de nuevos medicamentos y constituiría una competencia desleal con compañías o instituciones muy poderosas, se propone utilizar otros acercamientos para poder bloquear la infección viral. Ya que no tenemos la infraestructura ni los recursos para estudiar íntimamente los mecanismos de este fenómeno se considera que podemos utilizar la experiencia obtenida en otros modelos para ser aplicada en VIH. Así, podemos utilizar mecanismos de bloqueo existentes para enteropatógenos y el conocimiento de la inmunidad mucosa para poder intentar bloquear la entrada de virus a cualquier nivel pero especialmente a nivel de tracto genital femenino ofreciendo así una opción preventiva a mujeres que no tienen la opción de elegir y a veces ni siquiera de comprar un condón. Esta área prioritaria va íntimamente unida con la segunda que es el estudio de la transmisión heterosexual y de sus determinantes tanto virales como del hospedero. A pesar de que este tipo de transmisión es la preponderante a nivel mundial no es desde luego la más frecuente en los países desarrollados, mientras que en América Latina y el Caribe se encuentra claramente en ascenso. Así, contamos con un modelo prácticamente natural y que no va ser profundamente estudiado por los grandes grupos de EUA y Europa. Varios estudios en esta Conferencia han delineado la presencia de un compartimiento genital tanto masculino como femenino, en el que se encuentran variantes virales diferentes de las de plasma. Así mismo se ha evidenciado la presencia de una diferente distribución y predominancia de receptores de quimiocinas. Estos datos, así como las diferencias en transmisión entre los subtipos y muy probablemente entre variantes virales del mismo subtipo, abren un campo que debe ser estudiado en América latina y El Caribe y para el cual seguramente es posible obtener recursos de países industrializados. Objetivos como la posible creación de sustancias bloqueadoras de la penetración viral a nivel genital o la producción de inmunidad mucosa efectiva podrían ser una de las medidas de prevención más eficaces hasta este momento desarrolladas.

Otra área prioritaria en nuestra región es la de los posibles factores protectores del huésped en contra de la infección por VIH o en contra de la progresión hacia la enfermedad. Dado que las alteraciones genéticas de los receptores de quimiocinas son las más abocadas como factor de protección estas deben de ser exploradas cuidadosamente. Más aún, se han evidenciado diferencias entre la frecuencia de estas alteraciones entre los caucásicos y los nativos americanos. Si bien la mutación  $\Delta 32$  es un factor determinante en caucásicos no lo es desde luego en América Latina en donde se presenta aparentemente con frecuencia muy baja. Los africanos que tienen en común esta diferencia han de-

mostrado como factor protector a otro receptor de quimiocinas alterado, CCR2-64I, cuya frecuencia nunca ha sido investigada en nuestras poblaciones. Más aún las quimiocinas y sus receptores en una regulación de producto final y con diferencias entre los polimorfismos, son de gran importancia no sólo para el control de la entrada del virus a la célula sino en la respuesta a algunos tratamientos antivirales así como con la efectividad de algunos candidatos a vacunas. Así, es prioritario establecer la frecuencia de estos defectos en población latinoamericana para así poder entender mejor las posibles diferencias existentes en la respuesta a medicamentos, mecanismos diferentes de bloqueo de entrada viral así como posibles efectos positivos o negativos en el uso de algunos candidatos de vacunas.

Dado que la única solución que se percibe para el control de la pandemia y de cada una de las epidemias locales es la creación de una vacuna preventiva, una buena parte de los esfuerzos de investigación básica y de los recursos deben de estar destinados a este apartado también prioritario. En América Latina y el Caribe sólo Brasil tiene un problema de magnitud tal que haya sido elegido como lugar potencial para prueba de vacunas y por lo tanto para la adquisición de infraestructura adecuada para esta actividad. Otros países de la región no destinados a ser sitios de ensayos de candidatos a vacunas, deberán crear su propia infraestructura y conocimiento para estar preparados ante la posible aparición de una vacuna efectiva. De acuerdo a esta Conferencia es claro que no existe un candidato ideal para vacuna, ya que el que pareciera serlo (virus vivos atenuados) es un acercamiento muy peligroso con un rango terapéutico- patológico muy estrecho. La estrecha relación de toda la respuesta inmune en contra de VIH hace importante el considerar posibles áreas de investigación en donde se puedan apreciar diferencias con mecanismos prevalentes en poblaciones caucásicas, tal como los polimorfismos de quimiocinas.

Aun cuando debatido es muy probable que las vacunas tengan que ser subtipo específicas, por lo tanto es una prioridad el establecer en América Latina y el Caribe formas óptimas de subtipificación de VIH a través de secuenciación nucleotídica de fragmentos de cubierta y *gag* así como de algunos genomas completos. Deberá de procurarse evitar que se realicen subtipificaciones con métodos poco definitivos como serotipificación, heterodúplex y RFLP con los que la información puede ser sólo confusa y de cualquier manera ameritar la necesidad de las secuencias. Este es el caso de la alarma ocurrida en Honduras en donde nunca se pudieron documentar los supuestos casos serotipificados como subtipos E o C. Estos métodos sin embargo podrán ser usados para seleccionar aislados de interés a ser secuenciados, selección en la que también deben de participar otros factores como son forma de adquisición del virus, lugar de adquisición en caso de permanencia en el extranjero o contacto con sujetos en sitios de alto riesgo, progresión de la enfermedad y características genéticas del huésped. La obtención de secuencias de cubierta puede ser también de gran utilidad para la comparación de las regiones involucradas en la entrada viral y la posible identificación de nuevos epítopes. Así mismo es importante secuenciar virus obtenidos de secreciones genitales para establecer los determinantes virales de la compartimentalización y posibles blancos de intervención (bloqueo) a nivel genital.

La región de América Latina y el Caribe posee por la temporalidad de sus epidemias, modelos que ya no pueden ser llevados a cabo en otras regiones. Así los subtipos virales son aún claramente distinguidos en nuestras regiones y pueden ser asociados con comportamientos biológicos específicos. Esto por ejemplo en África es mucho más difícil de realizar por la gran recombinación viral existente. Siendo que la recombinación apenas está comenzando en nuestra región es posible estudiar los mecanismos por los cuales se selecciona.

Las áreas prioritarias arriba mencionadas son sólo las más relevantes que de acuerdo al conocimiento actual se aplican a América Latina y el Caribe. Seguramente existen otras que como ya se mencionaron son de interés particular de una región o país

y otras más que surgirán en este campo tan cambiante de VIII. Los tomadores de decisiones deberán de estar adecuadamente actualizados o asesorados con individuos que así lo estén, para poder juzgar en forma constante las tendencias de la investigación básica, las prioridades particulares de su país y las necesidades en otras áreas de investigación y prevención. Se deben de destinar recursos financieros y técnicos para la investigación básica en América Latina y el Caribe, ya que esto nos permitirá poder encarar la epidemia de esta región en particular con medidas específicas. Para ello será necesario asignar adecuadamente los recursos para esta área, evitar la duplicación de esfuerzos y buscar la colaboración de instituciones prestigiadas de países desarrollados.

## Referencias

1. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic - June 1998.
2. Kwong PD, Wyatt R, Robinson J, *et. al.* Structure of an HIV gp120 envelope glycoprotein in complex with the CD4+ receptor and a neutralizing human antibody. *Nature* 1998; 396: 648-659.
3. Wyatt R, Kwong PD, Desjardins E, *et. al.* The antigenic structure of the HIV gp120 envelope glycoprotein. *Nature* 1998; 396: 648-659.
4. Connor RI, Sheridan KE, Ceradini D, Choe S, Landau NR. Change in coreceptor use correlates with disease progression in HIV-1 infected individuals. *J Exp Med* 1997; 185:621-628.
5. Samson M, Lbert F, Doranz BJ, *et. al.* Resistance to HIV-1 infection in Caucasian individuals bearing mutant alleles of the CCR5chemokine receptor gene. *Nature* 1996;382:722-725.
6. Michael NL, Chang G, Louie LG, *et. al.* The role of viral phenotype and CCR-5 gene defects in HIV-1 transmission and disease progression. *Nature Med* 1997;3:338-340.
7. Huang Y, Paxton WA, Wolinsky SM, *et. al.* The role of a mutant CCR5 allele in HIV-1 transmission and disease progression. *Nature Med* 1997;2:140-1247.
8. Lui R, Paxton WA, Choe S, Ceradini D, *et. al.* Homozygous defect in HIV-1 co-receptor accounts for resistance of some multiply-exposed individuals to HIV-1 infection. *Cell* 1996;86:367-77.
9. Anzala AO, Ball TB, Rostron T, O'Brien SJO, Plummer FA and Rowland-Jones SL. CCR2-64I allele and genotype association with delayed AIDS progression in African women. *Lancet* 1998;351:1632-33.
10. Winkler CH, *et. al.* Genetic Restriction of AIDS Pathogenesis by a SDF-1 Chemokine Gene Variant. *Science* 1998;279:39.
11. Montefiori DC, Pantaleo G, Fink LM, *et. al.* Neutralizing and infection-enhancing antibody responses to human immunodeficiency virus type 1 in long-term non-progressors. *J Infect Dis* 1996;173:60-67.
12. Trkola A, Dragic T, Arthos J, *et. al.* CD4-dependent, antibody-sensitive interactions between HIV-1 and its co-receptor CCR5. *Nature* 1996, 384:184-187.
13. Price DA, Goulder PJ, Klennerman P, *et. al.* Positive selection of HIV-1 cytotoxic T-lymphocyte escape variants during primary infection. *Proc Natl Acad Sci* 1997, 94:1890-95.
14. Walker B. Plenary talk. 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago Ill, USA Febrero de 1998.
15. Perelson AS, Essunger P, Cao Y, Vesanen M, *et. al.* Decay characteristics of HIV-1 infected compartments during combination therapy. *Nature* 1997;387:188-91
16. Cavert W, Notermans DW, Staskus K, Wietgreffe SW, *et. al.* Kinetics of response in lymphoid tissues to antiretroviral therapy of HIV-1 infection. *Science* 1997;276:1321.
17. Unumatz D, Pileri P, Abriñani S. Antigen-Independent activation of naive and memory resting T cells by cytokine. *J Exp Med* 1994;180:1159-64.
18. Borrow P, Lewicki H, Wei X, Horwitz MS, *et. al.* Antiviral pressure exerted by HIV-1 specific cytotoxic T lymphocytes (CTLs) during primary infection demonstrated by rapid selection of CTL escape virus. *Nat Med* 1997; 3:205-11.
19. Reimann KA, Li JT, Veazey R, Halloran M, *et. al.* A chimeric simian/human immunodeficiency virus expressing a primary patient human immunodeficiency virus type 1 isolate Env causes an AIDS-like disease after in vivo passage in rhesus monkeys. *J Virol* 1996;70:6922-8.
20. Mascola JR, Snyder SW, Welslow OS, Belay SM, *et. al.* Immunization with envelope subunit vaccine products elicits neutralizing antibodies against laboratory-adapted

- but not primary isolates of human immunodeficiency virus type 1. The National Institute of Allergy and Infectious Diseases AIDS vaccine Evaluation Group. *J. Infect. Dis* 1996; 173:340-8.
21. Ferrari G, Berend C, Ottinger J, *et. al.* Replication-defective canarypox(ALVAC) vectors effectively activate anti-human immunodeficiency virus-1 cytotoxic T lymphocytes present in infected patients: implications for antigen-specific immunotherapy. *Blood* 1997;90:2406-16
  22. Letvin NL, Montefiori DC, Yasutomi Y, Perry HC, *et. al.* Potent protective anti HIV immune responses generated by bimodal HIV envelope DNA plus protein vaccination. *Proc Natl Acad Sci USA* 1997; 94:9378-83.
  23. Baba TW, Jeong YS, Pennick D, Bronson R, *et. al.* Pathogenicity of live, attenuated SIV after mucosal infection of neonatal macaques. *Science* 1995; 267:1820-5.
  24. Nowak, MA, Bangham CRM. Population dynamics of immune responses to persistent viruses. *Science* 1996; 272:74-79.
  25. McCutchan FE, Salminen MO, Carr JK, and Burke DS. HIV-1 genetic diversity. *AIDS* 1996;10(suppl3):S13-S20.
  26. Gao F, Robertson DL, Carruthers CD, *et. al.* Evidence of a quadruple recombination between subtype A,C,G and I in an HIV-1 isolate from Cyprus. Abstract 126. 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago Ill, USA Febrero de 1998.
  27. Zhu T, Korber BT, Nahmias AJ, Hooper E, Sharp PM, Ho DD. An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. *Nature* 1998; 391:594-597.
  28. Soto-Ramirez LE, Renjifo B, Melane MF, *et. al.* HIV-1 Langerhans' cell tropism associated with heterosexual transmission of HIV. *Science* 1996; 71:1291.
  29. Popov R, Osmanov S, Pau CP, Schochetman G, *et. al.* Serotyping of HIV type 1 infections; definition, relationship to viral genetic subtypes, and assay evaluation. UNAIDS Network for HIV-1 isolation and characterization. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1998; 14:311-8.
  30. Platier JC, Le Pogam S, Poisson F, Buzelay L, *et. al.* Extent of antigenic diversity in the V3 region of the surface glycoprotein, gp120, of human immunodeficiency virus type 1 group M and consequences for serotyping. *J Virol* 1998; 72:677-83.
  31. Shapshak P, Segal DM, Crandall R.A.*et. al.* Regional Quasi-species and amino acid signature of HIV-1 envelope sequences in human brain [Abstract 21122]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  32. Marsac M.L, Chaix F, Letournevr E, *et. al.* Genetic evolution of HIV-1 subtype A in African children presenting with a rapid or a slow disease progression [Abstract 11173]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  33. Sabin C, Devereux H, Phillips AN, *et al.* The course of HIV RNA levels over 17 years of HIV-infection in a cohort of haemophilic men [Abstract 42140]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  34. Idziorek E.T, Baert E, Herman J, *et. al.* Glucocorticoid hormone is the major inducer of CD4+ T cell death in HIV-1 infected subjects; Inhibition by anti-Fas antibodies and type-1 cytokines IL-2 and IL-12 [Abstract 21160]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  35. Honami N, Gougeon M.L. Influence of interleukin-15 on apoptosis and proliferation of T lymphocytes of HIV-infected individuals; comparison with interleukins-2 and -12. [Abstract 21162]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  36. Zifernagel R. How viruses cause immune suppression [Oral 485]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.

37. Sekaly R. How HIV defeats the immune system [Oral 424]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
38. Walker B. Immune events in early HIV infection [Oral 425]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
39. Gallo R. How HIV functions, multiplies, and causes disease; possible new approaches to therapy [Oral 487]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
40. Patterson B, Landay A, Andersson J, Behbahani H, Czerniewski MA, *et. al.* Repertoire of chemokine receptor expression in the female genital tract: progesterone increases CCR5, CXCR4 and CCR3 expression [Abstract 21109]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
41. Berger E. HIV co-receptors [Abstract 118]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
42. Silva MC, Rossini MA, Sabino EC, *et. al.* Prevalence of deletion in the b-chemokines receptors (D32Cer5) sequency codificator in blood donors in Sao Paulo City (Brazil). [Abstract 11123]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
43. Soto-Ramirez LE, Gonzalez-Diaz E, Ruiz-Palacios G.M, Frequency of CKR5-gene allele mutants in Mexican population. Its relation to Caucasians descendance. [Abstract 13331]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
44. Rusconi S, Clerici M, Kurtagic S, *et. al.* Efficacy of aminooxypentane (AOP)-Rantes as inhibitor of HIV-1 infectivity without impairment of cellular proliferation [Abstract 41231]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
45. Proudfoot AEI, Mack M, Schlondorff D, *et. al.* AOP-RANTES inhibits CCR5 recycling-A novel inhibitory mechanism of HIV-infectivity [Abstract 11102]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
46. Moiser D, Picchio GR, Gulizia RJ, *et. al.* Modulation of HIV-1 infection by CCR5 antagonist [Abstract 11103]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
47. Schols D, Este JA, Struyf S, *et. al.* Bycyclams are selective antagonists of the chemokine receptor CXCR4 and potent inhibitors of HIV [Abstract 11107]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
48. Finzi D, Gallant J, Chadwick K, *et. al.* Latent viral reservoirs in patients on highly active antiretroviral therapy: Implications for virus eradication [Abstract 11150]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
49. Ho DD. Turnover of HIV [Abstract 167]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
50. Neumann A, Mallet A, Calvez V, *et. al.* Modeling the sources for persistent HIV load in patients receiving HAART-evidence for a drug sanctuary compartment [ Abstract 11153]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
51. Learmont J, Gezy A, Raynes-Greenow C, *et. al.* The Sydney Blood Bank cohort infected with an attenuated quasi species of HIV-1: Longterm non-progression [Abstract 13350]. 12th. Word AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
52. Kupfer B, Kaiser R, Rockstroh JK, *et. al.* The role of HIV-1 phenotype in viral pathogenesis and its relation to viral load, and CD4+ T cell count [Abstract 12126]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
53. Vittinghoff E, Feinberg M, ElbeikT, *et. al.* Long-term nonprogresors (LTNP): prevalence and predictors through 18 years of follow-up [Abstract 13347]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.

54. Muñoz A, McFarlane G, Schraer L, *et. al.* Long-term survivors under observed effectiveness of highly active antiretroviral therapy [Abstract 13349]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
55. Nsubuga P, Okwera A, Johnson JL, *et. al.* Impact of pulmonary tuberculosis (TB) on survival of HIV-infected Ugandan adults [Abstract 13315]. 12th.. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
56. Hatzidakis A, Touloumi G, Karafoulidou A, *et. al.* Hepatitis C virus (HCV) genotypes and progression of HIV infection in hemophiliacs [Abstract 13306] 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
57. Vlahov D, Zhang H, Flynn C, *et. al.* CD4+ cell count and viral load in HTLV-II and HIV coinfection in injection drug users [Abstract 13326]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
58. Mahmood Ghassemi M. The effect of mycobacteria on enhancement of HIV replication is mainly at the level of infection as heat-killed organism mediated significantly less HIV-1 upregulation [Abstract 21145]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
59. Wiktor S, Sassan-Morokko M, Abouya L, *et. al.* HIV-1 plasma viral load in tuberculosis patient with single HIV-1 and dual HIV-1/HIV-2 infections [Abstract 13328]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
60. Vittinoff E, Feinberg M.I, Elbeik T, *et. al.* Long-term non-progressors (LTNP): prevalence and predictors through 18 years of follow-up [Abstract 13347]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
61. Loannidis P.A, Contopoulos-Loannidis D.G. Chemokine receptor genotypes and HIV disease progression: A preliminary meta-analysis [Abstract 13311]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
62. Magierowska M, Costagliola D, Sanson F, *et. al.* Host's genetic background of HIV-1 infected long-term non-progressors in France [Abstract 13346]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
63. Barroso PF, Harrison LH, Bressan CS, *et. al.* High correlation between plasma and seminal HIV-1 viral load antiretroviral-naive Brazilian subjects [Abstract 23399]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
64. Celum Connie, Mayer K, Holte S, *et. al.* Plasma and genital tract viral load and STDs in early HIV infection [Abstract 42141]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
65. Lampinen T, Critchlow CW, Kuypers J, *et. al.* Antiretroviral therapy and HIV-1 shedding from anorectal mucosa [Abstract 23393]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
66. Uvin SC, Caliendo AM, Flanigan TP, *et. al.* Cervicovaginal HIV-1 RNA levels and plasma viral load [Abstract 42148]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
67. Fang G, Burger H, Anastos K, Chappey C, *et. al.* Complete HIV pro sequence in plasma and genital tract of women : genital reservoir and differential drug resistance [Abstract 32279]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
68. Clark D, Repping S, Pakker N.G, Reiss P, Prins J, *et. al.* Restoration of T cell renewal capacity coincides with naive CD4+ T cell repopulation after anti-retroviral therapy [Abstract 21218]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
69. Pantaleo D, Demarest GF, Soudeyns H, *et. al.* Major expansion of CD8+ T cells with a predominant V beta usage during the primary immune response to HIV. *Nature* 1994; 370 (6489): 463-467.

70. Soudeyns H, Campi G, Lazzarini A, Fauci AS, *et. al.* Initiation of antiretroviral therapy during primary HIV infection is associated with rapid stabilization of the TCR Vb repertoire and reduction of CD8+ T cell oligoclonality [Abstract 31121]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
71. Landersson A.Ch, Bratt G, Fredriksson M, Specific T-cell responses in HIV-infected patients after highly active antiretroviral treatment (HAART) [Abstract 31142]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
72. Rosenberg ES, Billingsley JM, Caliendo AM, *et. al.* Vigorous HIV-1 specific CD4+ T cell responses associates with the control of viremia. *Science* 1997; 278 (5342):1447-1450.
73. McElrath J, Malhotra U, Musey L, *et. al.* Improved cellular immunity in acute HIV-1 infection following antiretroviral therapy [Abstract 31177]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
74. Pontesilli C, Kerkhof-Garde S, Pakker NG, *et. al.* Functional lymphocyte reconstitution and HIV-1 specific T cell responses during highly active antiretroviral therapy (HAART) [Abstract 31134]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
75. Vigano A, Clerici M, Bricalli D, *et. al.* Immune reconstitution and role of thymus during potent antiretroviral therapy in vertically HIV-infected children [Abstract 12247]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
76. Sousa A, Victorino R, Chaves AF, *et. al.* Patterns of cytokine production analysed at single cell level during highly active antiretroviral therapy (HAART) [Abstract 21176]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
77. De Luca A, Giancola A, *et al.* Production of type-1 and type-2 cytokines and Beta-chemokines in HIV+ patients: Influence of HAART [Abstract 21170]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
78. Blanco J, Cabrera C, Ruiz L, *et. al.* Chemokines and chemokine receptors expression during combined anti-HIV-1 IL-2 therapy [Abstract 22416]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
79. French M, Lenzo N, John M, *et. al.* Immune restoration disease after treatment of immunodeficient HIV- infected patients with potent antiretroviral therapy [Abstract 22323]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
80. Bissett LR, Opravil M, Con R, *et. al.* Triple combination therapy and change in peripheral blood T-cell subset composition during asymptomatic HIV infection [Abstract 41178]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
81. Mellors J. Review of Lago Maggiore resistance meeting. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
82. Hertogs K, Larder B, Mellors J, *et. al.* Patterns of phenotypic and genotypic cross-resistance among protease inhibitors in over 1,000 clinical HIV-isolates [Abstract 42195]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
83. Rawal BD, Hecht FM, Kahn J, *et. al.* Application of novel "detuned" HIV EIA to qualify and monitor antiretroviral therapy trials in patients with early-HIV infection [Abstract 42118]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
84. Yerly S, Schockmel G, Bru JP, *et. al.* Frequency of transmission of drug-resistant variants in individuals with primary HIV-1 infection [Abstract 32280]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998
85. Dietrich U, Knechten H, Jaeger H, *et. al.* High prevalence of protease resistance mutations in therapy-naive HIV-1 positive German seroconvertors irrespective of viral subtypes [Abstract 41208]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
86. Miller M, Cherrington JM, Lamy PD, Mulato AS, *et. al.* Genotypic changes in HIV RT which develop during Preveon (adefovir dipivoxil) therapy do not decrease suscepti-

- bility to PMPA [Abstract 41218]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
87. Lanier ER, Smiley ML, St. Clair MH, *et. al.* Phenotypic HIV resistance in vitro correlates with viral load response to abacavir (1592,ABC) in vivo [Abstract 32289]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  88. Danehower SC, Mitchell CD, Gilbert CA, *et. al.* Correlation to phenotypic resistance and clinical efficacy of abacavir in phase III pediatric study [Abstract 32283]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  89. Pauwels R, Hertogs K, Peeters F, *et. al.* Susceptibility profile (Antivogram) of 945 clinical HIV-1 isolates to abacavir [Abstract 41226]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  90. Stevencon M, Nuclear transport and preintegration complex [Abstract 119]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  91. Levin JG, Guo J, Wu T, *et. al.* Inhibition of HIV-1 reverse transcription by actinomycin D (Act D): A potential approach for AIDS therapy [Abstract 11124]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  92. Trono D. NEF [Abstract 6]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  93. Malamud D, Nagashunmugan T, Freidman HM, Saliva neutralizes HIV-1 infection by displacing envelope gp120 from the viron [Abstract 21143]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  94. Volsky D, Sova P, Simmin M, *et. al.* HIV-1 Vif is an endogenous inhibitor of HIV-1 protease and peptide derivatives of Vif inhibit Gag-Pol processing and HIV-1 replication [Abstract 11130]. 1. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  95. Wigzell H. HIV vaccines [Abstract 1]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  96. Mastro T, Kitayaporn D, Young N, *et. al.* Viral load and CD4+ cell count in injection drug users (IDUS) newly infected with HIV-1 subtypes B and E, Bangkok [Abstract 13302]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  97. Wilson S, Pedersen S.L, Kunich J.C, Mazzara G, *et. al.* Cross-clade envelope gp160, gag p55 and pol specific CD8+CTL responses early following HIV-1 clade-B infection. [Abstract 31122]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  98. Othieno C, Cao M, Okello E, Katongole-Mbidde P, *et. al.* Cross-clade HIV-1 specific cytotoxic T lymphocyte (CTL) activity in HIV-1 infected Ugandan adults. [Abstract 31139]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  99. Smith T-L, Van Rensburg E.J, Engelbrecht S, *et. al.* Neutralization of South African HIV-1 isolates [Abstract 11176]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  100. Corey L. Vaccine trials in humans [Oral 493]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  101. Okuda K, Kawamoto S.K, Fukushima J.F, *et. al.* Tissue distribution and fate of HIV-1 DNA vaccine in BALB/c mice. [Abstract 21203]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  102. Weiner D, Ugen K, Kim J, *et. al.* Chemokine levels modulated in vivo by DNA vaccines. [Abstract 42324]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
  103. Weiner DB, Kim J, Notthingam L.K, Manson K, *et. al.* Modulation of protective immunity in macaques using molecular adjuvants [Abstract 21217]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.

104. Kim J, Weiner DB. Development of rationally designed vaccines for HIV-1 through the use of molecular adjuvants. [Abstract 21208]. 12<sup>th</sup> International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
105. Thorstensson R, Ahmed R, Wilson C, *et. al.* Role of -chemokines in protective immunity against intrarectal SIVsm challenge of macaques. [Abstract 11239]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
106. Ruprecht R. Pathogenicity of multiply deleted, live attenuated lentiviruses vaccines [Abstract 608.1]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
107. Frathing C. The pros and cons of live attenuated vaccines. Towards human trials with LAV [Abstract 608]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
108. Duarte CA, Gomez CE, Navea L, Lobaina L. Multi-Epitope polypeptide TAB9 adjuvated with Montanide ISA720 is Highly immunogenic and induces neutralizing antibodies in macaques. [Abstract 21216]. 12th. World AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
109. Goudsmit J. The significance of virus subtypes for epidemiology and pathogenesis [Oral 486]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
110. Goudsmit V. HIV-1 intrasubtype diversification originates from the monument of introduction of virulent HIV-1 strains into current AIDS risk groups in the 1960's and 1970's [Abstract 11197]. 12th. International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
111. Zekeng L, Kuaban C, Mongoue E, Kaptue L, *et. al.* Mother to child transmission of HIV-1 group O infection in Yaounde, Cameroon. [Abstract 23318]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
112. Hackett J, Brennan CA, Yamaguchi J, Lund JK, *et. al.* Analysis of the genetic diversity of HIV-1 Group O [Abstract 11195]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
113. Downing R, Biryahwaho B, Otten R.A, *et. al.* The molecular epidemiology of HIV-1 in Uganda [Abstract 13109]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
114. Peeters M, Esu-Williams E, Nzila E, Mpoudi E, *et. al.* Molecular epidemiology of HIV-1 genetic subtypes in West and Central Africa. [Abstract 403/11163]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
115. Yutaka T, Kusagawa Sh, Sato H, Thwe M, *et. al.* Genetic and serologic characterization of HIV-1 in Myanmar (Burma). [Abstract 13130]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
116. Shao Y, Su L, Sun XH, Xing H, *et. al.* Molecular epidemiology of HIV infection in China. [Abstract 13132]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
117. Molgín A, Rodes B, Soriano V, *et. al.* Circulating HIV-1 and HIV-2 genetic subtypes in Spain. [Abstract 60681]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
118. Babkov A, Kazennova, Selimova LM, Ladnaya NN, *et. al.* Genetic characterization of HIV-1 in Russia: evidence of increasing infection with subtype A. Subtype B and novel A/B recombinant. [Abstract 13194]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
119. Weidle P, Ganea CE, Pienniazek D, *et. al.* Prevalence of HIV-1 Group M, non-B subtypes in a Bronx, New York Community: a sentinel site for monitoring HIV genetic diversity in the United States. [Abstract 13225]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
120. Fernandez-Medina D, Rabinovich R, Libonatti O, Wigzell H, *et. al.* Identification of HIV-1 subtypes B and F, B/F recombinants and dual infections in Argentina. [Abstract 60727]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.

121. Campodonico M, Fay F, Taborda M, Fay O, *et. al.* At least four HIV-1 genotypes circulate in Rosario, Argentina. [Abstract 13175]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
122. Velarded K, Guimaraes M, Arevalos R, Morgado M. Molecular characterization of human immunodeficiency virus type 1-infected individuals from Bolivia reveals presence of two distinct genetic subtypes. [Abstract 12178]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
123. Vasquez-Valls E, Sierra-G De Quevedo J, Lopez-Marquez FC, Escoto-Delgadillo M, *et. al.* No differences in Mexico between HIV-1 subtype B, sexual preferences and routes of transmission. [Abstract 11180]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
124. Soto-Ramirez LE, Renjifo B, Marlink R, Essex M. Mexican HIV-1 V3 loop sequences grouped according to route to transmission. XI International Conference on AIDS; 1996, julio 7-12; Vancouver, Canadá (Abstract TuA.2081).
125. Morgado M, Guimaraes ML, Neves I, Campos-Mello DLA, *et al* HIV-1 subtype D infection in Brazil: Molecular identification and clinical and immunological evaluation. [Abstract 11192]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
126. Brígido L, Rossini M, Santos I, Santana, *et. al.* HIV-1 subtypes circulating in Sao Paulo, Brazil. [Abstract 434/13162]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
127. Louriero R, Casseb JS, Bongertz V, Asquidanini S, *et. al.* Seroreactivity to HIV-1 peptides in pregnant women in Porto Alegre, RS State, Brazil. [Abstract 11202]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
128. Lorenzana I, Mesa R, Soto J, Zelaya E, *et. al.* HIV subtyping and prevalence of STD in HIV-positive individuals in Honduras Central America, 1996. [Abstract 22206]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
129. Chen M, Lee C, Lin R. Molecular epidemiology of HIV-1 in Taiwan: Heterosexual males with HIV-1 E had significantly higher rate of transmission than those with HIV-1B. [Abstract 13148]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
130. John G, Neilson J, Lewis P, *et. al.* HIV-1 subtype and shedding of cervicovaginal HIV-1 DNA during pregnancy [Abstract 13117]. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
131. Renjifo B, Mwakigile D, Msamanga G, Chaplin B, *et. al.* V3 of HIV-1 subtype C is over represented in intersubtype A, C and D recombinant genotypes from perinatally infected infants in Tanzania. [Abstract 13115]. 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
132. Kanki Ph, Hamel D, Sankale JL, Thior I, *et al* HIV-1 subtypes differ in time to AIDS. [Abstract 277/21101] 12th International AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.



TERAPÉUTICA ANTI-RETROVIRAL  
Y DE PADECIMIENTOS ASOCIADOS AL VIH/SIDA.  
ASPECTOS GENERALES E IMPLICACIONES PARA AMÉRICA LATINA Y EL  
CARIBE

*Carlos del Río*  
*Pedro Cahn*

### Introducción

En los últimos tres años los avances en el tratamiento de la infección por el VIH han dado como resultado que, por vez primera en la historia de la epidemia, podamos considerar al SIDA como una enfermedad crónica y manejable que no es necesariamente mortal.

La evidencia disponible tanto antes de la Conferencia como la que fue presentada en Ginebra nos deja en claro de forma contundente que el empleo del Tratamiento Anti-Retroviral Sumamente Activo (TARSA por sus siglas en español) y conocido en la literatura también como HAART (por sus siglas en inglés: Highly Active Anti-Retroviral Therapy) ha producido importantes beneficios clínicos y mejoría en la calidad de vida de las personas con infección por VIH que han tenido acceso al tratamiento. Es ya amplia la evidencia que documenta una importante y marcada disminución en hospitalizaciones y morbimortalidad por el VIH a consecuencia de TARSA (1, 2, 3, 4). Diversos estudios presentados durante la Conferencia confirman dicha mejoría de forma dramática. La presentación del estudio HOPS —que incluye información de poco más de 3 mil pacientes de 10 clínicas en Estados Unidos—, mostró que en pacientes con menos de 100 células CD4+/ $\mu$ L, la tasa de mortalidad por 100 pacientes/año ha disminuido de 33.4 en 1995 a 5.2 en el primer trimestre de 1998 (6). Asimismo, durante el mismo periodo la frecuencia de neumonía por *P. carinii*, *Mycobacterium avium-intracellulare* y citomegalovirus disminuyó de 20.8 en 1994 a 2.1/100 pacientes-año en 1998. Los resultados obtenidos en Europa son similares (7). Los efectos benéficos del tratamiento en Brasil son también ya evidentes, a pesar de que aún no todos los pacientes están en tratamiento, fundamentalmente por indicaciones clínicas; por ejemplo, en la municipalidad de Río de Janeiro aproximadamente el 57% de los pacientes con VIH estaban recibiendo un inhibidor de la proteasa en 1997 (8). La disminución de mortalidad por SIDA en un 44% así como un decremento en la frecuencia de las infecciones oportunistas fue reportada en varios trabajos y es consistente con lo informado por investigadores de países desarrollados (9, 10, 11). En Argentina la introducción de terapia combinada incluyendo inhibidores de la proteasa a partir de 1996 también mejoró la sobrevida de pacientes con retinitis por CMV (12).

Sin embargo, debido a su elevado costo se estima que menos del 5% del total de pacientes con SIDA en el mundo tienen hoy en día acceso a dichos tratamientos y, por tanto, el impacto de las nuevas terapias en la epidemia global del VIH/SIDA ha sido imperceptible. La creciente disparidad y distancia entre las características del VIH/SIDA en los países industrializados —en donde el SIDA se ha vuelto una enfermedad controlable— y los países en desarrollo —en donde la epidemia causa cada vez un mayor impacto—, ha dado como resultado que nos enfrentemos a “dos epidemias” y, por tanto, no es de sorprender

que el problema del acceso fuese un tema central y recurrente en numerosas presentaciones durante la XII Conferencia Internacional sobre SIDA en Ginebra —de ahí el lema de la Conferencia *Bridging the Gap*. Por otro lado, la creciente inequidad entre ricos y pobres se perfila a ser el principal reto a vencer en el tratamiento clínico de la infección por VIH. Sin embargo, debemos recordar que la distribución desigual de los recursos en salud no es privativa del VIH y que el mejorar el acceso a la salud va más allá del SIDA.

A partir de 1987, cuando la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos aprobó el uso de la zidovudina (AZT) para el tratamiento de pacientes con SIDA, han aparecido nuevos medicamentos y una diversidad de estudios que han resultado en cada vez mayores beneficios clínicos para los pacientes. Hoy en día se cuenta en la mayoría de los países industrializados con un total de 12 medicamentos anti-retrovirales que han sido aprobados por las agencias reguladoras y que son utilizados en la práctica clínica (ver Cuadro 1). Además, dos nuevos agentes, un inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa llamado abacavir (Ziagen<sup>R</sup>, antes conocido como 1592U89) y un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa llamado efavirenz (Sustiva<sup>R</sup> o Stocrin<sup>R</sup>, antes conocido como DMP-266) están en espera de aprobación por la FDA a finales de 1998.

Tanto en los países en desarrollo como en aquellos de ingreso medio la disponibilidad de dichos medicamentos es variable y va desde todos hasta ninguno, por lo que es difícil conocer la penetración real de dichos medicamentos en cada país.

### Las recomendaciones terapéuticas en 1998

En términos generales, la evidencia presentada durante la Conferencia deja en claro que la supresión prolongada de la replicación viral es alcanzable y que la evolución viral —es decir, el desarrollo de resistencia— puede prevenirse si la cuantificación de la carga viral se mantiene por debajo de 50 copias/ml con el tratamiento. Es por ello que se repitió a lo largo de la Conferencia que la meta ideal del tratamiento debe ser lograr una supresión de la replicación viral por abajo de 50 copias/ml. Sin embargo, esta meta es poco realista, por ejemplo, un estudio llevado a cabo en los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos reportó que entre 138 pacientes que alcanzaron una carga viral inferior a 500 copias/ml con TARSA, sólo el 19% alcanzó menos de 50 copias/ml (13). En un grupo de 97 pacientes tratados en cinco distintos centros en Argentina con inhibidores de la proteasa, luego de seis meses de tratamiento tan sólo el 16% de los pacientes alcanzó una carga viral “no detectable” —menos de 400 copias/ml (60% en pacientes vírgenes al tratamiento). Sin embargo, únicamente tres pacientes desarrollaron un evento definitorio de SIDA y ningún paciente falleció durante el seguimiento a pesar de que el conteo de CD4 al inicio era de 139 células/ml. No obstante, en este estudio no se diferenció a los pacientes tratados con inhibidores de proteasa de alta potencia (Indinavir y Ritonavir) de los tratados con Saquinavir en su fórmula original, medicamento de baja biodisponibilidad (14).

También es claro que la erradicación del VIH es poco probable con dichas terapias, que el apego terapéutico es problemático y que existen efectos secundarios y toxicidad importante con estos medicamentos. A pesar de todo esto, la gran mayoría de los expertos estuvieron de acuerdo en que la supresión “total” de la replicación viral, cuando esto es posible, es lo ideal. ¿Cuál es el beneficio de una supresión parcial? La respuesta a dicha pregunta no es clara y poco hubo en la Conferencia que nos diera una respuesta, si bien, desde el punto de vista fisiopatológico, una carga viral de 5 mil copias en tratamiento debería de resultar en una mejor calidad y duración de vida para un paciente que tener una carga viral de 50 mil o 500 mil copias/ml. Un estudio realizado en Argentina comparó la carga viral promedio de pacientes en dos grupos: Grupo A (julio a octubre de 1996) antes

**CUADRO 1**  
**Medicamentos anti-retrovirales aprobados por la FDA**  
 (Los nombres comerciales pueden variar en cada país)

Nombre genérico	Nombre comercial	Laboratorio	Aprobación por la FDA
<i>Análogos de nucleósido inhibidores de transcriptasa reversa</i>			
zidovudina (AZT)	Retrovir <sup>R</sup>	Glaxo	3/87
didanosina (ddI)	Videx <sup>R</sup>	Bristol	10/91
zalcitabina (ddC)	HIVID <sup>R</sup>	Roche	6/92
stavudina (d4T)	Zerit <sup>R</sup>	Bristol	6/94
lamivudina (3TC)	Epivir <sup>R</sup>	Glaxo	11/95
<i>Inhibidores de proteasa</i>			
saquinavir <sup>11</sup>	Invirase <sup>R</sup>	Roche	12/95
	Fortovase <sup>R</sup>	Roche	11/97
ritonavir	Norvir <sup>R</sup>	Abbott	3/96
indinavir	Crixivan <sup>R</sup>	Merck	3/96
nelfinavir	Viracept <sup>R</sup>	Aguron	3/97
<i>Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa</i>			
Nevirapina	Viramune <sup>R</sup>	Roxane	6/96
Delavardina	Rescriptor <sup>R</sup>	Pharmacia	5/97

<sup>1</sup> Existen dos formulaciones del saquinavir, la original (Invirase) cuya biodisponibilidad es baja y la nueva formulación (Fortovase) con una mayor biodisponibilidad. Hoy en día solo debe de usarse la nueva formulación también conocida con “saquinavir en cápsula blanda”

de la disponibilidad de inhibidores de proteasa y Grupo B (mayo a diciembre de 1997) después de que los inhibidores de proteasa estuvieron disponibles. En el grupo A 11.5% tenía una carga viral no detectable y el promedio entre los que se pudo medir la carga viral fue de  $4.50 \pm 0.86 \log_{10}$ . En comparación, en el Grupo B el 24.8% tenía una carga viral no detectable con un promedio de  $3.71 \pm 0.71 \log_{10}$ . Esas diferencias fueron estadísticamente significativas (15).

Sin embargo, es importante recordar que los esquemas terapéuticos actualmente disponibles para el tratamiento de la infección por VIH distan de ser perfectos; los regímenes terapéuticos son complejos (con frecuencia más de 10 pastillas al día) lo que dificulta el apego, existen efectos secundarios y toxicidad importante a corto y mediano plazo, presentan una variedad de interacciones medicamentosas y su costo es elevado. Por otro lado, es también innegable que dichos tratamientos han cambiado la morbilidad, el espectro de la enfermedad y la mortalidad por el VIH.

A lo largo de la Conferencia hubo innumerables presentaciones sobre terapia anti-retroviral; sin embargo, cuatro grandes interrogantes quedan sin resolverse en relación con el tratamiento anti-retroviral de la infección por VIH. Dichas interrogantes son:

- ¿Cuándo iniciar tratamiento?
- ¿Con qué medicamentos debemos de iniciar el tratamiento?

- ¿Cuándo debemos de cambiar el tratamiento?
- ¿Cuál es la combinación de medicamentos a la que debemos de cambiar?

A continuación haremos el intento de contestar a dichas preguntas con base en la evidencia hoy disponible, y poner en contexto estas interrogantes considerando las características de la epidemia en América Latina y el Caribe.

### *¿Cuándo debemos de iniciar el tratamiento anti-retroviral?*

Si bien hay numerosos lineamientos y guías terapéuticas no existe hasta ahora información concluyente sobre cuándo está indicado iniciar el tratamiento anti-retroviral. Hoy en día las decisiones terapéuticas deben basarse en un claro entendimiento de la biología y la patogénesis de la infección por VIH y, en el nivel individual, las decisiones deben fundamentarse en el conteo de linfocitos CD4 y la cuantificación de RNA proviral en plasma (carga viral).

A lo largo de los pasados tres años los lineamientos terapéuticos elaborados por la Sociedad Internacional de SIDA (IAS-USA) han recomendado progresivamente un tratamiento cada vez más temprano de la infección por VIH dependiendo de la cuantificación de la carga viral. Así, en 1996 se recomendaba iniciar el tratamiento en pacientes con un conteo de linfocitos CD4 menor a 500 células/ $\mu$ L o en aquellos con una carga viral superior a 30 mil o 50 mil copias/ml pero enfatizando que, en ese momento, no había evidencia de ensayos clínicos que demostraran la utilidad de dar tratamiento en pacientes con un conteo de linfocitos T CD4+ superior a 500 células/ $\mu$ L (16). Asimismo, la combinación de anti-retrovirales recomendada para iniciar el tratamiento consistía de dos análogos nucleósidos (AZT/ddi, AZT/ddC o AZT/3TC) mencionándose únicamente la posibilidad de utilizar también inhibidores de la proteasa pero sin que éstos fuesen recomendados. Para 1997, y luego de que hubiera mayor experiencia con los inhibidores de proteasa, el mismo panel de expertos de la IAS-USA modificó los lineamientos previos al recomendar que todo paciente con una carga viral superior a 5 mil o 10 mil copias/ml, independientemente de su conteo de linfocitos CD4, debería iniciar tratamiento anti-retroviral con tres medicamentos, incluyendo dos análogos nucleósidos y un inhibidor de la proteasa (17). En este año, la IAS-USA dio a conocer sus nuevas recomendaciones sobre el tratamiento anti-retroviral de la infección por VIH durante una sesión en la XII Conferencia Internacional sobre SIDA. En dichos lineamientos la IAS-USA reafirma su recomendación de iniciar el tratamiento cuando la carga viral sea mayor a 5 mil o 10 mil copias/ml (18).

Por otro lado, el Departamento de Salud de Estados Unidos (DHHS) recomienda iniciar el tratamiento en todo paciente sintomático, en aquellos con menos de 500 células CD4/ $\mu$ L o cuando la carga viral es superior a las 20 mil copias/ml, por lo que dista mucho de existir recomendaciones aceptadas por todos los expertos, incluso en un mismo país (19), ver Cuadro 2.

En varios países de América Latina se han desarrollado lineamientos nacionales. Entre dichos países se encuentran Argentina, Brasil y México. En términos generales, dichos lineamientos recomiendan el tratamiento de todo paciente sintomático independientemente del conteo de CD4 o de la carga viral, pero se sugiere una postura más conservadora para pacientes asintomáticos, aquellos con más de 500 células CD4/ $\mu$ L o aquellos con una carga viral inferior a 10 mil copias/ml. Dichos lineamientos también toman en consideración la posibilidad de usar un doble esquema con dos análogos nucleósidos, como una alternativa terapéutica subóptima, en aquellas situaciones en que los inhibidores de proteasa no están disponibles, pero reconociendo que esto es superior a no dar tratamiento o al uso de monoterapia.

CUADRO 2  
 Recomendaciones sobre cuándo iniciar tratamiento en Estados Unidos

Característica	IAS-USA	DHHS
Paciente sintomático	Tratar	Tratar
CD4	<500/ML	<500/ML
Carga viral ml	>5000 copias/ml	>20,000 copias/ ml

Desde noviembre de 1996 el gobierno de Brasil ha provisto tratamiento anti-retroviral combinado a personas con VIH/SIDA que son candidatas a recibirlo de acuerdo con los criterios establecidos por el comité nacional. Dichas recomendaciones incluyen el uso de terapia doble con dos análogos de nucleósidos en pacientes asintomáticos con CD4 > a 200 células/ml y terapia triple —dos análogos nucleósidos más un inhibidor de la proteasa— en pacientes con SIDA o menos de 200 células CD4+/ml. Un estudio presentado por investigadores de Sao Paulo cuestiona dichas recomendaciones al comparar los resultados de la terapia usando doble vs. triple esquema. Los autores concluyen que la doble terapia con dos análogos nucleósidos no debe utilizarse ya que su efecto es transitorio regresando la carga viral a la basal luego de tan sólo 4-6 meses de tratamiento (20). Dicha postura fue apoyada por otras presentaciones que argumentan que desde un punto de vista patogénico la terapia doble con análogos nucleósido no es una opción viable. Sin embargo, otros argumentan que esto es mejor que no dar tratamiento e incluso se mencionó que la terapia doble es costo-efectiva ya que cuesta tan sólo US\$2,000 por año de vida saludable. El decidir si es mejor utilizar terapia doble en pacientes asintomáticos o esperar y no utilizar tratamientos “subóptimos” no está aún en claro y se requiere de mayores estudios que, sin duda, varios países de América Latina podrían realizar. Sin embargo, todos los estudios controlados comparando doble *versus* triple terapia demostraron ventajas para esta última, independientemente de la composición de los esquemas terapéuticos (ZDV/3TC/IDV vs. ZDV/3TC; ZDV/3TC/NFV vs. ZDV/3TC; ZDV/ddI/Nevirapina vs. ZDV/ddI y ZDV/3TC/Abacavir vs. ZDV/3TC), según lo presentado por Julio Montaner, del Centro de Excelencia en VIH/SIDA de la Universidad de British Columbia en Vancouver, Canadá, en la Conferencia Plenaria sobre antivirales que presentó en Ginebra.

Finalmente, y debido a la pobre disponibilidad de mediciones de carga viral, varios países han considerado el uso de triple combinación en ausencia de mediciones de la carga viral, afirmando que en pacientes sintomáticos con un bajo conteo de linfocitos CD4 el tratamiento está indicado, incluso en ausencia de mediciones de carga viral. Un estudio llevado a cabo en Victoria, Brasil, mostró que los síntomas clínicos sólo permitieron identificar a la minoría de pacientes con alto riesgo de progresión y a ningún caso de “falla virológica” al tratamiento. Tan sólo la disponibilidad de conteo de CD4 —en ausencia de carga viral— mejoró significativamente la toma de decisiones terapéuticas (21).

Podemos concluir afirmando que, con base en la evidencia hoy disponible, es recomendable iniciar tratamiento en todo paciente sintomático y en aquellos asintomáticos con un alto riesgo de progresión a SIDA, de acuerdo con el resultado del conteo de linfocitos CD4 y la carga viral (CD4 <350 células/ $\mu$ L y/o una carga viral >5,000 - 10,000 copias/ml). Sin embargo, es indispensable recordar que en general no hay ninguna urgencia de iniciar el tratamiento y que, antes de iniciarlo se haya hecho todo lo posible para asegurar que el paciente esté listo para someterse a un esquema terapéutico complejo que tendrá

que tomar por un largo tiempo, quizá de por vida. Si esto no es posible, o si el paciente aún no está emocionalmente preparado, es preferible un manejo más conservador difiriendo el tratamiento (22).

### *¿Con qué medicamentos debemos iniciar el tratamiento?*

En virtud de la gran cantidad de medicamentos anti-retrovirales hoy en día disponibles, son numerosas las combinaciones terapéuticas potenciales, sin embargo, no contamos con datos derivados de estudios clínicos que sugieran cuál debe ser el esquema terapéutico inicial ideal. Es por ello que la elección del esquema inicial deberá de basarse en: 1) los resultados disponibles de estudios clínicos; 2) la potencia antiviral de la combinación; 3) las posibles interacciones medicamentosas con otros fármacos que el paciente está tomando; 4) la seguridad y tolerancia de la combinación, y 5) la conveniencia del esquema.

De los posibles esquemas terapéuticos, la combinación de dos análogos de nucleósidos y un inhibidor de la proteasa es la que cuenta con mayor experiencia y, por tanto, es el esquema inicial de elección en la actualidad, de acuerdo con la gran mayoría de los expertos. De hecho, dicha combinación se considera sinónimo del coctel terapéutico conocido como TARSA.

Existen cuatro inhibidores de la proteasa actualmente disponibles en forma comercial pero hay pocos datos que nos ayuden a decidir si uno es mejor que los demás y, por tanto, el que debemos de utilizar preferentemente. Un estudio presentado en Ginebra mostró que el ritonavir y el indinavir eran equiparables en detener la progresión de la enfermedad o evitar muertes; sin embargo, en el grupo tratado con ritonavir hubo más pacientes que dejaron el tratamiento y dicho grupo tuvo una probabilidad 20 veces mayor de presentar hipertrigliceridemia (23). Un estudio europeo comparó los eventos que ocurrieron en 1,749 pacientes que iniciaron alguno de tres inhibidores de la proteasa como parte de su terapia inicial (saquinavir, ritonavir o indinavir) no encontrando diferencias en la tasa de progresión de la enfermedad (24).

Otras posibles combinaciones para el tratamiento inicial incluyen el uso de: a) dos análogos nucleósidos y un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa; b) dos inhibidores de la proteasa +/- un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa, y c) dos análogos de nucleósido en combinación con un inhibidor de la proteasa y un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa.

Estas tres últimas opciones tienen ventajas y desventajas sobre el uso de un inhibidor de la proteasa con dos análogos de nucleósido pero, hasta Ginebra, existía poca evidencia para apoyar su uso. De hecho, uno de las grandes interrogantes hasta Ginebra era si los inhibidores de la proteasa deberían ser parte esencial del esquema terapéutico inicial.

El uso de inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa como parte del esquema inicial de tratamiento, en combinación con dos análogos nucleósidos, es potencialmente atractivo ya que nos permite "reservar" a los inhibidores de la proteasa para su uso posterior, luego de que los pacientes han tenido una falla terapéutica. La primera evidencia que apoya el uso de este esquema es el estudio INCAS, en el cual la combinación de nevirapina con zidovudina y didanosina mostró buena supresión viral en pacientes vírgenes al tratamiento (25). Durante la Conferencia estudios utilizando efavirenz han aumentado el interés en los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa como parte del esquema inicial y nos hacen ver que el uso de inhibidores de la proteasa no es esencial para que un esquema anti-retroviral sea considerado como "sumamente activo" o "TARSA". El uso de los inhibidores no nucleósidos es también atractivo ya que su vida media es muy

prolongada, por lo que su dosificación es cada 12 a 24 horas, lo que permite disminuir el número de pastillas.

Un estudio que comparó la combinación de efavirenz+AZT+3TC contra indinavir+AZT+3TC mostró que luego de 24 semanas de tratamiento el 95% y el 89%, respectivamente, de los pacientes tenía una carga viral menor a 400 copias/ml (26).

En conclusión, la evidencia presentada durante la Conferencia permite, hoy en día, considerar de manera racional y fundamentada el uso de la combinación de inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa con análogos de nucleósido como parte del esquema terapéutico inicial, permitiendo guardar a los inhibidores de la proteasa para ser utilizados en aquellos pacientes que fallasen con la primera combinación.

### *¿Cuándo debemos de cambiar el tratamiento?*

Luego de que el paciente ha iniciado tratamiento con TARSA éste puede fallar desde un punto de vista clínico —aparición de nuevos síntomas, desarrollo de una infección oportunista, toxicidad medicamentosa o intolerancia—, o desde un punto de vista virológico —pérdida del control/supresión de la replicación viral.

Hoy en día no es claro cuándo debemos de cambiar el tratamiento luego de que ha ocurrido una “falla viral” en ausencia de una “falla clínica”. Varios estudios establecen que puede ocurrir una “falla viral” sin que exista deterioro clínico o disminución del conteo de linfocitos CD4+. En dichos casos es mejor una actitud expectante, en particular si son pocas las opciones terapéuticas para el paciente.

Desde un punto de vista virológico, la terapia de rescate luego de una falla tiene una mayor probabilidad de ser exitosa si el cambio en el esquema terapéutico se realiza de manera temprana (tan pronto como la viremia se detecta luego de haber tenido supresión total con TARSA). Los datos presentados por investigadores de la Universidad de Johns Hopkins confirman que a menor carga viral al momento del cambio mayor la probabilidad de respuesta (27). Esto probablemente se relacione con una menor acumulación de mutaciones que confieren resistencia universal o de grupo a los inhibidores de proteasa.

### *¿Cuál es la combinación de medicamentos a la que debemos de cambiar?*

Como se mencionó anteriormente, los estudios presentados en Ginebra sobre la “terapia de rescate”, a excepción del estudio de Johns Hopkins (27), no mostraron resultados muy alentadores. La mayoría de los expertos inician tratamiento con indinavir o nelfinavir como el inhibidor de proteasa de elección en la combinación de anti-retrovirales, y cambian a una combinación de ritonavir + saquinavir en aquellos pacientes que han fallado. Otra posible opción es iniciar el tratamiento con nelfinavir y cambiar a indinavir luego de que ha ocurrido la falla. Un estudio presentado en la Conferencia apoya esta última opción pero se basa tan sólo en la experiencia con cuatro pacientes (28).

La posibilidad de utilizar inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa como parte del esquema de rescate también ha sido estudiada. Un estudio de la Universidad de California, en San Francisco, comparó la combinación de abacavir + nelfinavir + saquinavir con nevirapina o con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa en pacientes que habían fallado con el tratamiento con indinavir (29). Los pacientes que recibieron nevirapina como parte del esquema de rescate tuvieron mejor respuesta que los que recibieron inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa.

En resumen, la evidencia sobre el “rescate” es bastante anecdótica y faltan buenos estudios que permitan decidir cuál es la mejor opción. Sin embargo, no debemos de olvidar que nunca deberá sustituirse solamente un medicamento al cambiar el tratamiento anti-retroviral de un paciente que está mostrando “falla”, y que el primer esquema que se inicia en el paciente virgen a tratamiento es el que tiene mayor posibilidad de éxito.

### *Nuevos medicamentos*

Además de los medicamentos ya aprobados y disponibles en la clínica existe una serie de nuevos medicamentos que se encuentran en distintas fases de desarrollo clínico. Entre éstos los más prominentes en la Conferencia y que se encuentran más cerca de su aprobación por las agencias reguladoras en Estados Unidos son abacavir, adefovir, aprenavir y efavirenz. Un importante número de otros medicamentos están en diversas etapas de desarrollo y sólo se mencionan en este texto para que el lector se familiarice con su nombres. La mayoría de ellos están aún en fase I o II de desarrollo, y salvo los cuatro previamente mencionados no se prevé la introducción en la práctica clínica de ninguno de ellos en el futuro cercano.

### *Resistencia*

La tasa de “falla virológica” luego de haber iniciado tratamiento con TARSA es elevada —cerca al 50% en la práctica clínica— y se correlaciona con el apego o adherencia, el tratamiento previo con anti-retrovirales (“experiencia”), los efectos secundarios y el grado de avance del padecimiento cuando se inicia el tratamiento.

El desarrollo de resistencia a los medicamentos anti-retrovirales por el VIH requiere que exista replicación viral, por lo que la supresión máxima de la replicación viral es indispensable para evitar el desarrollo de resistencia que conduzca a “falla terapéutica”. Con el uso de TARSA se logra la supresión de la replicación viral pero es claro que el sostener dicha supresión requiere de un apego estricto a la terapia (diversos estudios han mostrado que para prevenir el desarrollo de resistencia el paciente requiere de un apego cercano al 80% de las dosis). De ahí que no deba sorprendernos que aproximadamente el 50% de los pacientes en los cuales se inicia tratamiento en la práctica clínica “falla” al cabo de tan sólo 24 semanas (30).

Por ello, cuando existe evidencia virológica de falla es importante investigar la adherencia al tratamiento por parte del paciente antes de proceder a hacer cambios en la terapia previamente establecida. Estudios sobre apego a tratamiento llevados a cabo en Brasil muestran que existen problemas importantes de apego, ya que menos del 50% de los pacientes toma sus medicamentos de manera regular (31, 32). Un estudio sobre apego entre mujeres VIH+ en Brasil encontró que el olvido (35%), obstáculos contextuales o situacionales (15%), y la presencia de efectos secundarios (9%) fueron los principales motivos para la falta de apego (33). El mismo estudio encontró que las mujeres tenían un mejor apego al tratamiento si tenían un empleo, un mayor nivel educacional y si se sentían a gusto discutiendo sobre su sexualidad y decisiones terapéuticas con su médico. Otro estudio comparó el apego en Londres, Oslo, San Francisco y Ribeirao Preto (Brasil), encontrando que el 46% de los pacientes entrevistados reportó problemas con el apego. A pesar de las diferencias socioculturales, el estudio no halló diferencias en el apego a los medicamentos o a las citas con el médico entre los cuatro centros estudiados

CUADRO 3  
Nuevos anti-retrovirales

Nombre genérico	Otro nombre
<i>Análogos nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa</i>	
Abacavir	1592U89
FTC	
D-D4FC	
Iodanosina	FDDA
DOTCBCH	10652
<i>Análogos nucleótidos inhibidores de la transcriptasa reversa</i>	
Adefovir	BIS-POM PMPA
BIS-POC PMPA	
<i>Inhibidores de la proteasa</i>	
Amprenavir	VX-478/GW 141
Tipranavir	PNU 140690E
ABT-378	
DMP-450	
BMS-232632	
<i>Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa</i>	
Efavirenz	DMP 266
PNU 242721	
HY097	

(34). Estos datos sugieren que los problemas de apego no son mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados.

Otros estudios presentados en Ginebra sobre cómo mejorar la adherencia al tratamiento muestran que es indispensable dedicar el tiempo necesario para que el paciente comprenda de la manera más completa posible la importancia del apego y las consecuencias de la falta de éste, y que el paciente esté claramente convencido de que el tratamiento es necesario y probablemente de por vida (35, 36), pudiendo incluso utilizar programas de atención domiciliaria para mejorar el apego (37). Un estudio llevado a cabo en España comparó de manera aleatoria una intervención realizada por el farmacéuta para mejorar el apego (educación del paciente, información por escrito, acceso telefónico para dudas y una dosificación ajustada al horario del paciente) contra un grupo control que sólo recibió instrucciones del médico (38). En aquellos pacientes que recibieron la intervención, el 77% alcanzó una supresión total de la replicación viral, en comparación con el 52% de los pacientes en el grupo control luego de 24 semanas de seguimiento.

Es por ello que el equipo de salud debe dedicar el tiempo suficiente a la educación del paciente si queremos mejorar el apego al tratamiento y disminuir el riesgo de resistencia en pacientes a los que prescribimos anti-retrovirales. Diversos estudios consideran que es necesario dedicar de una a dos horas a cada paciente antes de iniciar el

tratamiento para mejorar el apego, y que las intervenciones que mejoren la adherencia deben ser parte integral de la atención de pacientes con VIH/SIDA.

Por último, otros motivos para que ocurra falla terapéutica son la resistencia primaria o adquirida del virus a los medicamentos y el uso de un esquema terapéutico que no conduce a la supresión viral.

Lamentablemente, los inhibidores de la proteasa actualmente disponibles muestran un alto grado de resistencia cruzada o “de grupo”, por lo que, una vez que ha ocurrido la falla debido a la resistencia a uno de ellos, es probable que los otros tampoco sean útiles. Un estudio realizado en Bélgica, donde se mantiene una base de datos con el perfil fenotípico de cerca de 3 mil cepas virales, demostró que entre el 60% y el 95% de cepas que tienen resistencia a un inhibidor de proteasa también son resistentes a los demás inhibidores de la proteasa hoy disponibles (39).

El problema de la transmisión de cepas multirresistentes fue una de las noticias más preocupantes que surgió durante la Conferencia. Un estudio realizado en Ginebra en 67 pacientes con infección primaria por VIH encontró que 5 (7.5%) tenían mutaciones en el gen que codifica para la transcriptasa reversa que confiere resistencia a la zidovudina (AZT), 1 mostró resistencia a la nevirapina, y 10 tenían mutaciones que confieren resistencia a los inhibidores de proteasa (40). Luego de aproximadamente seis meses sin tratamiento dichas cepas ya no eran detectables pero, al iniciar los anti-retrovirales, las cepas resistentes reaparecen. Otro estudio en la ciudad de San Francisco, California, encontró que 16% de los pacientes recientemente infectados tenía resistencia a la zidovudina y un paciente estaba infectado con una cepa multirresistente (41, 42). La implicación de dichos hallazgos para la salud pública es evidente y su impacto en el manejo diario de los pacientes es desconocido. Sin embargo, es claro que en aquellos sitios donde hay acceso a anti-retrovirales no podemos asumir que un paciente no tratado está infectado con una cepa sensible a todas las drogas. Poco se sabe sobre la transmisión de cepas resistentes en América Latina; un estudio sobre resistencia en diez pacientes asintomáticos vírgenes a tratamiento en Argentina no halló mutaciones asociadas con resistencia a los anti-retrovirales (43). Sin embargo, el estudio es pequeño y se requiere de un sistema nacional o regional de vigilancia que permita detectar el problema.

La disponibilidad de pruebas de laboratorio para el monitoreo de resistencia a los anti-retrovirales es aún muy limitada —incluso en los países desarrollados—, pero se espera que dichas pruebas sean cada vez más utilizadas en la práctica clínica. Por ello, la IAS dio a conocer en Ginebra un documento sobre las implicaciones para el manejo clínico de las pruebas de resistencia a fármacos anti-retrovirales (44). Los resultados presentados en Ginebra no dejan en claro cuál sería el papel que los estudios de resistencia podrían tener en la práctica clínica. Los expertos estuvieron de acuerdo en que las pruebas de resistencia son útiles para predecir qué medicamento va a fallar en un determinado paciente, pero no son tan útiles para pronosticar cuál será de utilidad. Sin duda se requiere de estudios prospectivos para validar su utilidad.

### *Complicaciones de la terapia anti-retroviral*

La terapia anti-retroviral con inhibidores de proteasa ha dado origen a una serie de nuevas complicaciones en pacientes con VIH/SIDA. El desarrollo de lipodistrofia con una distribución anormal de la grasa corporal, elevaciones en los niveles séricos de triglicéridos y colesterol y el desarrollo de resistencia a la insulina y diabetes mellitus, son las complicaciones que se mencionaron en Ginebra. Un estudio realizado en Australia encontró que el

76% de los pacientes que había recibido un inhibidor de la proteasa por más de nueve meses desarrolló lipodistrofia la cual fue “severa” en el 31% (45). Asimismo, el 16% de los pacientes desarrolló intolerancia a la glucosa. Poco se sabe sobre la causa de dichos efectos metabólicos de la terapia con inhibidores de proteasa, pero se conoce que las alteraciones en el metabolismo de los lípidos es más común en pacientes tratados con ritonavir (46). Un estudio reportó elevaciones del colesterol y/o triglicéridos en el 35% al 60% de los pacientes tratados con inhibidores de proteasa, si bien en la mayoría de los casos la elevación fue leve (47).

El desarrollo de alteraciones en el metabolismo de los lípidos es preocupante ya que se han reportado casos de aterosclerosis prematura con complicaciones cardio y cerebrovasculares en pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la proteasa (48). Por ello, es recomendable el vigilar los niveles de lípidos en pacientes bajo tratamiento con inhibidores de proteasa y considerar añadir un hipolipemiente en aquellos que presentan elevaciones del colesterol que no responde a modificaciones en la dieta, aunque esta opción debe valorarse cuidadosamente en función de las potenciales interacciones medicamentosas.

El manejo de la lipodistrofia es controvertido pero un estudio presentado en Ginebra sugiere que ésta es parcialmente reversible mediante la utilización de la hormona del crecimiento (49).

Como ya se mencionó, la hiperglucemia —intolerancia a la glucosa— es frecuente en pacientes que se encuentran en tratamiento con anti-retrovirales (particularmente con inhibidores de la proteasa), si bien una diabetes franca sólo ocurre en el 1% al 2% (47).

Finalmente, otra complicación que es importante mencionar es el desarrollo de nefrolitiasis así como elevaciones de la creatinina sérica y leucocituria en pacientes que reciben indinavir (50, 51). El desarrollo de nefrolitiasis es más común en los meses cálidos cuando ocurre una mayor deshidratación, lo que puede ser de relevancia en países tropicales y subtropicales (52).

### *Uso de anti-retrovirales en América Latina: experiencia e impacto*

Los beneficios de la terapia anti-retroviral descritos en este capítulo distan de tener un efecto práctico sobre la calidad de vida y tiempo de sobrevivencia de la mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA en el mundo.

La distribución de la epidemia, reflejo de las inequidades en el acceso a la cobertura de necesidades básicas en materia de prevención y asistencia, nos muestra que el 90% de los infectados del planeta vive en África, Asia y América Latina, regiones en las que la provisión de medicamentos anti-retrovirales, con contadas excepciones, es pobre o simplemente inexistente.

Cuando se analiza la cuestión del acceso al tratamiento anti-retroviral, frecuentemente predominan las posiciones basadas en el “posibilismo”, esto es: la realidad es negativa, pero no existe otra alternativa. El concepto implícito contenido en esta postura es que varias generaciones de pacientes habrán de morir de SIDA, tal y como las anteriores y actuales generaciones lo hicieron/hacen con otras enfermedades sociales. Así, poblaciones afectadas por flágelos tales como desnutrición, pobreza, tuberculosis, malaria, sarampión, diarreas bacterianas e infecciones respiratorias, tienen en el VIH un agravante severo a su ya deteriorada condición sanitaria y social.

¿Es ésta la única alternativa? ¿Es posible un enfoque diferente a partir de las particularidades que ofrece la epidemia?

### ***La situación actual***

El mundo en desarrollo no es una región homogénea. Diferencias históricas, culturales, socioeconómicas y políticas generan un amplio espectro de condiciones, en cuyo marco debe analizarse la problemática del acceso a la terapia anti-retroviral sumamente activa (TARSA).

Las naciones del mundo se agrupan, de acuerdo con los criterios del Banco Mundial (53), en cuatro categorías económicas diferentes. Estas son, en orden ascendente, de acuerdo a su Producto Bruto Nacional per cápita: 49 de bajos ingresos, 41 de ingresos medianos-bajos, 17 de ingresos medianos altos y 25 economías de altos ingresos. Los países latinoamericanos están incluidos en las primeras tres categorías, con excepción de la última: 3 países en el nivel más pobre, 12 en el de ingresos medianos-bajos y 5 en el de ingresos medianos altos. Las otras 23 naciones de América Latina y el Caribe están clasificadas como "otras economías".

El PIB per cápita en la región oscila entre 800 y 8,030 dólares anuales. En vista de esta diversidad, no puede sorprendernos que la epidemia se presente como un verdadero mosaico, con diferencias en el tipo de poblaciones afectadas, tasas de incidencia y prevalencia, recursos disponibles y políticas de prevención y cuidado. Por ejemplo, las tasas de incidencia anuales de casos de SIDA varían de 3.7/millón de habitantes en Bolivia a 113.2/millón de habitantes en Honduras. Enfermedades regionales tales como Chagas, histoplasmosis y leishmaniasis son reportadas en diferentes proporciones en la región. A su vez, el 20% de los casos de SIDA en América Latina se encuentra asociado a tuberculosis, principalmente en sus formas extrapulmonar y diseminada (54). Casos esporádicos y brotes de tuberculosis multirresistente han sido reportados. La coexistencia del *Mycobacterium tuberculosis* con el VIH genera problemas adicionales al tratamiento antiviral con TARSA, dadas las conocidas interacciones entre drogas tuberculostáticas como la rifampicina y los inhibidores de la proteasa.

### ***Prevención, tratamiento antiviral y cuidado integral***

Los programas de prevención en la región, con escasas excepciones, se han caracterizado por su debilidad, inconsistencia y falta de permanencia en el tiempo.

En este contexto, las asimetrías en el acceso se ven agravadas, ya que, además de la obvia imposibilidad de obtener los medicamentos necesarios para ser tratados de acuerdo con los mejores estándares de cuidado, las carencias descritas en prevención se acompañan de una insuficiente oferta y promoción de programas de consejería y detección del VIH de manera confidencial y voluntaria. La consecuencia inmediata es que una elevada proporción de pacientes advierte su condición de infectado cuando acude al hospital en estado avanzado de enfermedad, con infecciones oportunistas características de bajos niveles de células CD4.

El tratamiento, en un sentido amplio, dista de limitarse a la mera provisión de medicamentos manufacturados por la industria. Además de este componente esencial, el tratamiento debe inscribirse en el marco más extenso del cuidado integral de la persona que vive con VIH/SIDA. Este concepto debe incluir como mínimo: 1) servicios de consejería para pacientes y familiares; 2) apoyo psicológico y social adecuado; 3) servicios de enfermería, atención ambulatoria y de internación, y 4) servicios de hospital de día, atención domiciliaria, atención perinatal, etcétera.

La atención de estas nuevas demandas se inscribe en el marco de sistemas de salud con presupuestos insuficientes, con diversos niveles de eficiencia en la administra-

ción de los recursos asignados y un escaso desarrollo de las redes asistenciales imprescindibles para afrontar este nuevo desafío.

Los diferentes niveles de acceso observables en la región dependen de diversos factores. Los más destacados se resumen a continuación:

- Nivel de desarrollo socioeconómico
- Costo de los tratamientos
- Tasas de prevalencia e incidencia
- Capacidad de detección de nuevos infectados
- Capacitación profesional en el manejo de los anti-retrovirales
- Sistemas de distribución y control de medicamentos
- Existencia de normas/lineamientos nacionales de tratamiento ARV
- Soporte de laboratorio para carga viral, conteo de CD4 y laboratorio de seguridad
- Nivel de actividad de sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y grupos de presión
- Instalación del tema en la opinión pública y los medios masivos de comunicación.

Algunas de las cuestiones mencionadas resultan críticas en el mediano plazo. Así, tanto la falta de normas, adecuado entrenamiento profesional y provisión segura y regular de los medicamentos pueden ser generadores potenciales de resistencia, en el caso de un virus como el VIH, con alta frecuencia de mutaciones espontáneas. En otros términos, los problemas logísticos y organizativos pueden llegar a determinar severos problemas epidemiológicos, como la diseminación de cepas resistentes a las diversas clases de fármacos en uso. Adicionalmente, la cuestión de la adherencia/apego al tratamiento, recientemente valorada en su verdadera dimensión en la literatura internacional, dista de ser tenida en cuenta en forma regular en nuestros países.

### ***La prevención de infecciones oportunistas***

Quizá la agenda “olvidada” en la conferencia de Ginebra fue la de las infecciones oportunistas. En los países donde la terapia anti-retroviral está disponible ha ocurrido una disminución dramática en la incidencia de infecciones oportunistas que ha llevado a algunas personas a pensar que “éstas se han terminado o están en vías de desaparición”. Por ejemplo, en Europa la incidencia de infecciones oportunistas ha disminuido un 86% a partir de 1992 (55).

Sin embargo, esto dista mucho de ser la realidad para la gran mayoría de los países donde los anti-retrovirales no están disponibles. En el nivel global la tuberculosis es la principal causa de muerte entre personas con SIDA, y su control tendría un gran impacto en la calidad de vida de estas personas. Además, el desarrollo de cepas multirresistentes ha tenido como consecuencia que su tratamiento sea cada vez más problemático.

Un estudio de la provincia de Chaing Rai en Tailandia mostró un aumento de más del 100% en la incidencia de tuberculosis entre 1987 y 1996, así como una mayor resistencia a los antifímicos, y el 14.1% de los pacientes presentando resistencia primaria a la isoniácida, el 13.4% resistencia primaria a la rifampicina y el 7.9% resistencia primaria a ambos (56). De igual manera, otro estudio realizado también en Tailandia exhibió que la resistencia a los antifímicos es más común en pacientes con infección por VIH, de los cuales el 12% presentó resistencia a la isoniácida en comparación con sólo el 4% de los pacientes con tuberculosis pero sin infección por VIH (57). Los motivos que explican la mayor resistencia a los antifímicos en pacientes con infección por VIH son poco claros, pero se ha

sugerido que en pacientes con SIDA existe una menor absorción de medicamentos, entre otros factores.

El tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y tuberculosis con inhibidores de la proteasa es particularmente problemático ya que dichos fármacos tienen importantes interacciones medicamentosas con las rifamicinas. El CDC ha recomendado que en pacientes con VIH y tuberculosis activa en los que se va a iniciar tratamiento combinado con anti-retroviral (TARSA) se utilice el indinavir como inhibidor de la proteasa de elección y se sustituya la rifampicina por rifabutina en el esquema antifímico (58). Otra posibilidad sería utilizar un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa en lugar de un inhibidor de la proteasa como parte del esquema anti-retroviral. Un interesante estudio realizado en Argentina y presentado en Ginebra mostró que la adición de TARSA (zidovudina + lamivudina + indinavir) al tratamiento de pacientes con infección por VIH y tuberculosis multirresistente resultó en una importante mejoría clínica y virológica de los pacientes (59).

Lo que es aparente, y de lo cual no quedan dudas, es que en pacientes con infección por VIH existe un elevado riesgo de desarrollo de tuberculosis activa —hasta diez veces mayor que en personas sin infección por VIH—, por lo que por varios años se ha buscado la manera de prevenir el desarrollo de tuberculosis en pacientes con SIDA. Sin embargo, la prevención de la tuberculosis es también problemática ya que se requiere de la administración de un medicamento por tiempo prolongado (por lo general se recomienda la administración de isoniacida por un año en pacientes con infección por VIH y una intradermorreacción a la tuberculina con más de 5 mm de induración). En Ginebra se presentaron los hallazgos de un importante estudio multicéntrico, en el cual participó México, que busca simplificar dicho esquema comparando isoniacida por 12 meses contra rifampicina más pirazinamida por dos meses. Los datos mostraron que ambos esquemas fueron igualmente eficaces para la prevención de la tuberculosis activa en pacientes con infección por VIH (60).

De igual relevancia fue el estudio realizado en Costa de Marfil que mostró la utilidad de administrar trimetoprim-sulfametoxazol para disminuir la morbimortalidad de pacientes con SIDA y tuberculosis activa (61). Dicha disminución en la morbimortalidad probablemente se debió a la prevención de infecciones bacterianas severas.

La infección por citomegalovirus (CMV) ha sido una de las más difíciles de prevenir y tratar en pacientes con SIDA. Una vez más, el uso de terapia anti-retroviral activa (TARSA) parece ser la mejor manera de prevenir la infección por CMV y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Por ejemplo, como ya se mencionó previamente, en Argentina la introducción de terapia combinada incluyendo inhibidores de proteasa en junio de 1996 también mejoró la sobrevida de pacientes con retinitis por CMV de manera significativa (12). Estudios presentados por investigadores de países desarrollados muestran una disminución en la incidencia de infección por CMV del 75% a partir de la introducción de TARSA. Como bien señaló el doctor Richard Chaisson de la Universidad de Johns Hopkins: *“La mejor profilaxis para las infecciones oportunistas es la terapia anti-retroviral combinada potente”*.

Una de los grandes interrogantes en pacientes que reciben tratamiento anti-retroviral es si se puede o no suspender la administración de medicamentos utilizados para la prevención de infecciones oportunistas. Los datos presentados en Ginebra sugieren que para poder suspender la profilaxis de infecciones oportunistas se requiere de evidencia de mejoría inmunológica en el paciente a consecuencia de TARSA demostrada por un aumento sostenido en el conteo de células CD4+ (62, 63). Sin embargo, aun se necesitan más estudios para poder recomendar a los pacientes de manera categórica la suspensión de medicamentos utilizados para la prevención de infecciones oportunistas luego de haber iniciado TARSA.

Podemos concluir afirmando que la prevención de infecciones oportunistas y el tratamiento de la infección por VIH son parte integral de la atención del paciente. Un estudio realizado en México hizo énfasis en la importancia de los pacientes de la profilaxis de infecciones oportunistas además de los tratamientos anti-retrovirales para una mejor sobrevida (64). De igual manera, otro estudio en un centro de referencia de la ciudad de México también mostró una mejor sobrevida de los pacientes luego del uso amplio de profilaxis además de la introducción de anti-retrovirales (en 1995 la sobrevida media fue de 17 meses vs. 32 meses en 1997 [65]).

### *Programas de acceso*

En la región puede encontrarse un amplio espectro de situaciones que van desde la cobertura total de las combinaciones triples hasta la falta absoluta de acceso para la mayoría de los habitantes.

Un ejemplo de cobertura amplia por parte del estado es el de Brasil. A través de una legislación de jurisdicción nacional, todos los ciudadanos tienen derecho a recibir los tratamientos que les fuesen prescritos en el marco de las recomendaciones de un comité nacional de expertos. El presupuesto del programa de SIDA pasó de 130 millones de dólares en 1996, a 758 millones en 1998, cubriendo a una población estimada en 36 mil personas. Como ya se observó en otros países, la morbimortalidad por VIH/SIDA se redujo notablemente en el último periodo (32% en 1997 en el estado de Sao Paulo).

El programa de Brasil ha sido tanto alabado como cuestionado. La introducción de inhibidores de la proteasa causó un aumento de 40 millones de dólares en 1996 a 280 millones de dólares en 1997 en el gasto gubernamental en anti-retrovirales (66), y dicha cantidad representa el 4% del presupuesto nacional en salud. Daniel Tarantola, del Instituto de SIDA de la Universidad de Harvard, Estados Unidos, ha comentado que *“Brasil está gastando en la atención del SIDA más de lo que el resto de los países en vías de desarrollo gastan en prevención y atención de manera conjunta”*. Si bien este ambicioso programa es loable, en Ginebra se escucharon voces escépticas como, por ejemplo, la de Mead Over, economista de la salud del Banco Mundial, quien duda que Brasil pueda sostener dicho programa.

Argentina, Uruguay y Colombia también financian el acceso a la TARSA a través de legislaciones que establecen la cobertura por los seguros sociales, seguros privados y el Estado, en diferentes proporciones en cada país (67).

En México la cobertura alcanza aproximadamente al 50% de la población a través de la seguridad social, el resto carece de cobertura y depende de los servicios que pueda proveer el Estado. Países severamente afectados por la epidemia como Haití y Honduras, entre otros, no cubren aspecto alguno de la terapia antiviral ni la administración de zidovudina para profilaxis perinatal ni la profilaxis post-exposición en los accidentes laborales en el equipo de salud.

Tanto en Colombia como en México la demanda de acceso a medicamentos anti-retrovirales se enmarca en el contexto de los derechos humanos, utilizando la movilización social y el activismo político como las principales estrategias (68, 69, 70, 71, 72).

La descripción precedente resultaría incompleta si no se tuviera en cuenta que, aun los países que ofrecen una cobertura *total* de las terapias combinadas, limitan la misma a aquellos pacientes que consultan espontáneamente a los servicios de salud. Así, los 36 mil pacientes en tratamiento en Brasil, o los 10 mil en Argentina deben contrastarse con las 570 mil y 120 mil personas que viven con VIH, respectivamente, en cada país, según estimaciones de ONUSIDA. ¿Cuál será el impacto presupuestario y la respuesta de los

poderes públicos en tiempos de ajuste económico si esta demanda contenida comienza a expresarse y a reclamar su derecho de acceso igualitario a la salud?

### *Costo-eficacia de los anti-retrovirales*

Nadie duda de que una de las grandes limitantes para el uso más extendido de los medicamentos anti-retrovirales es su elevado costo. Es por ello que se han realizado diversos estudios para evaluar la relación costo-eficacia de dichos medicamentos. Los estudios presentados en Ginebra por investigadores de países desarrollados continúan documentando que la utilización de TARSA es costo-efectiva. El estudio realizado por el Departamento de Veteranos de Estados Unidos, que utiliza una base de más de 59 mil pacientes, mostró una disminución del 37% entre 1996 y 1997 en el número de ingresos hospitalarios, y del 41% en el número de días de estancia hospitalaria. En forma paralela ocurrió un aumento del 38% en el número de visitas a la consulta externa y un importante aumento en el costo de medicamentos, pero sin embargo se estima que el ahorro neto fue de 18 millones de dólares (73). Otros estudios arrojaron datos similares, incluyendo un estudio de la Universidad de Johns Hopkins que mostró una disminución en los costos totales de atención gracias al uso de TARSA de 3,384 dólares/paciente/año en personas con más de 200 células CD4/ml, y de 2,868 dólares/paciente/año en personas con menos de 200 células CD4/ml (74).

Fueron pocos los estudios de América Latina que se presentaron al respecto. Un estudio de México encontró que el uso de anti-retrovirales no disminuye de manera significativa los costos de hospitalización (75). Los mismos investigadores estimaron que un mayor acceso a anti-retrovirales en México —un país de ingresos medios y una baja prevalencia del VIH—, no tendría un gran impacto en la economía nacional, sin embargo, el impacto microeconómico a nivel familiar del costo de dichos medicamentos puede ser desastroso ya que una persona afectada tendría que gastar más de 250 días de salario mínimo para pagar 30 días de TARSA (76).

El estudio de Hogg y colaboradores estimó el costo de dar tratamiento anti-retroviral a todas las personas con VIH/SIDA en 155 países. Dicho costo sería de 36.5 billones de dólares, de los cuales 66% se gastaría en África (77). En América Latina el costo es del 0.13% del Producto Interno Bruto (PIB). Los mismos autores, en una publicación reciente hacen énfasis en el hecho de que un país donde el costo de los anti-retrovirales es inferior al 1% del PIB está en condiciones de ofrecer tratamiento anti-retroviral (78).

### *Las respuestas posibles*

Algunos países proveen cobertura de tratamiento doble con dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa como una alternativa más económica. Las combinaciones dobles han mostrado ventajas respecto de la monoterapia con AZT, en términos de beneficios clínicos, virológicos e inmunológicos (79, 80). Adicionalmente, estos regímenes son menos complejos, de más fácil adherencia y con menor incidencia de efectos adversos. Sin embargo, la política de cubrir tratamientos dobles se presenta como un pésimo negocio a mediano plazo. Existen evidencias amplias de que el tratamiento doble ofrece supresión parcial de la replicación viral por tiempo limitado, abriendo el camino a la resistencia y al fracaso virológico. En los niveles actuales de conocimiento, con los medicamentos disponibles no hay lugar para un “plan alternativo” de tratamiento. El tratamiento anti-retroviral puede iniciarse más temprano o más tarde, pero siempre debe procurar cumplir con los tres objetivos mayores respecto de la carga viral: obtener su

descenso al mínimo nivel alcanzable, lo más rápidamente posible, por el periodo más prolongado que pudiera obtenerse.

Por lo tanto, si en un determinado país los recursos disponible fuesen insuficientes para proveer triple tratamiento a todos los pacientes, resulta más prudente proporcionar dicho tratamiento a un menor número de personas, modificando los umbrales para iniciar el tratamiento, antes que administrar tratamientos parcialmente supresivos a más pacientes.

Floyd y Gilks (81) estimaron el costo anual de los tratamientos anti-retrovirales con TARSA como un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), mostrando que Estados Unidos, Europa, Oceanía, el noreste de Asia y América Latina gastarían menos del 1% de sus PIB para cubrir el 100% de la población elegible. Los autores también estudiaron el costo del tratamiento como porcentaje del presupuesto de salud. En la región la cobertura integral de TARSA representaría entre el 3.1% y el 23.9% del presupuesto de salud. Esto muestra claramente que la discusión por los fondos a asignar a los programas de SIDA no debe resolverse dentro de los estrechos márgenes de los presupuestos sanitarios en vigencia, sino en el contexto de los presupuestos nacionales en forma global. En los hechos, la mayor parte de los países que no dan respuesta apropiada a las necesidades de las personas que viven con el virus gastan enormes montos de dinero en presupuestos de defensa y seguridad, tienen un manejo ineficiente de los fondos públicos, existe corrupción y un alto costo de servicio de la deuda externa. Indudablemente, el SIDA nos presenta una oportunidad extraordinaria para poner en discusión el destino de los dineros públicos. Un estudio expuesto en Ginebra presentó un modelo para analizar el costo-beneficio del tratamiento combinado con tres anti-retrovirales (82). Los resultados de la aplicación de dicho modelo en Costa Rica muestran claramente que la relación costo-beneficio es igual o superior al costo económico de los fármacos.

Si el desafío de hoy es proveer servicios médicos complejos a poblaciones tradicionalmente mal atendidas, la epidemia de SIDA nos puede ofrecer una extraordinaria oportunidad para debatir acerca de qué tipo de servicios de salud deseamos tener en nuestros países. La epidemia puede ayudar a poner en marcha a las personas que viven con VIH/SIDA, sus familiares y amigos, los grupos comunitarios y los trabajadores de la salud, para construir un nuevo paradigma en salud, basado en principios de justicia y solidaridad.

Un largo camino habrá de recorrerse para llegar a dichos objetivos. Se requiere una serie de condiciones para garantizar su cumplimiento. Las mismas se resumen a continuación:

#### Condiciones deseables para la provisión segura de TARSA

- Campañas de prevención
- Asesoramiento y pruebas del VIH
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de infecciones oportunistas
- Servicios de laboratorio
- Entrenamiento de trabajadores del equipo de salud
- Fortalecimiento de los servicios sanitarios y sociales
- Apoyo psicosocial a pacientes en tratamiento
- Suministro confiable de fármacos desde el nivel central
- Establecimiento de prioridades

Los programas de entrenamiento para el equipo de salud, así como la negociación de precios para las compras en gran escala, requieren de la cooperación internacional. Organizaciones internacionales tales como ONUSIDA, OMS y la Sociedad Internacional

de SIDA, así como los programas de apoyo de las compañías farmacéuticas pueden jugar un papel esencial en este terreno.

Mientras tanto, resulta primordial considerar las prioridades más urgentes, tales como la profilaxis de la transmisión madre-hijo, mientras se construyen los sistemas apropiados.

Por otro lado, resulta necesario desarrollar ensayos clínicos en América Latina para explorar alternativas de tratamiento con regímenes sin inhibidores de la proteasa. Estos regímenes presentan las ventajas teóricas de ser más baratos, más fáciles de sostener y menos dependientes de controles sofisticados. Las combinaciones de tres inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa, dos drogas de este grupo más un inhibidor no-nucleósido y las combinaciones que contienen hidroxiurea requieren ser exploradas. Estos ensayos clínicos no sólo son necesarios, sino también posibles de ser llevados a cabo, dada la gran cantidad de pacientes vírgenes (*naïve*) a tratamiento existentes en nuestros países, así como el buen nivel de desarrollo científico en diversos centros de referencia de la región.

Con frecuencia se ha mencionado también que el mayor acceso a los anti-retrovirales va a traer como resultado una disminución de los recursos destinados a la prevención del VIH. Nada puede ser más preocupante y debe de evitarse a toda costa. Los recursos necesarios para proveer tratamiento son recursos adicionales a los ya destinados a la prevención de la infección por VIH —que además son insuficientes a todas luces. La prevención y el cuidado deben ser consideradas como dos caras de una misma moneda. Sin prevención, el número de infectados y enfermos continuará creciendo rápidamente, generando más presión sobre nuestros debilitados sistemas de salud. Sin respuestas adecuadas del sistema, los esfuerzos de prevención se verían extraordinariamente debilitados, particularmente los programas de aconsejamiento y las pruebas de detección.

Antes de asumir como definitivo e irreversible el sacrificio de dos o tres generaciones en el altar de la inequidad de nuestras injustas sociedades, nuestra obligación como científicos y trabajadores de la salud es acompañar el esfuerzo de los millones de seres humanos que claman por su derecho a ser tratados con los mejores estándares que la ciencia pueda ofrecer en nuestros días.

## Bibliografía

1. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, *et al.* "Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection". *New Engl J Med* 1998; 338:853-860.
2. Hogg R, O'Shaughnessy M, Nada G, *et al.* "Decline in deaths from AIDS due to new antiretrovirals". *Lancet* 1997; 349:1294.
3. Hogg RS, Heath KV, Yip B, *et al.* "Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy". *JAMA* 1998;279:450-454.
4. Torres RA & Barr M. "Impact of Combination Therapy for HIV Infection on Inpatient Census". *NEJM* 1997; 336:1531-32.
5. Mouton Y, Alfandari S, Valette M, *et al.* "Impact of protease inhibitors on AIDS-defining events and hospitalizations in 10 French AIDS reference centers". *AIDS* 1997; 11:F101-F105.
6. Palella F, Moorman A, Delaney R, *et al.* "Dramatically declining morbidity and mortality in an ambulatory HIV-infected population". Resumen No. 12343.
7. Benfield T, Mocroft S, Vella S, *et al.* "Reduced mortality across Europe in patients infected with HIV: Results from the EUROSIDA study". Resumen No. 12104.
8. Aquino SL, de Almeida C. "The use of protease inhibitors among HIV+ and AIDS persons in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil, during 1997". Resumen No. 42300.
9. Eyer-Silva WA, Morais de Sa CA, Pinto JF, Taboada C, *et al.* "Decline in AIDS-related deaths at a University Hospital in Rio de Janeiro, Brazil". Resumen No. 13176.
10. Saraceni V, Cortes EEM, Perez M, *et al.* "Impact of the use of protease inhibitors in newly diagnosed AIDS-related infections in Brazil". Resumen No. 42317.
11. Kalichman A, Estevam DL, Souza RA, *et al.* "Important reduction in the number of deaths among patients of an AIDS referral center in Sao Paulo, Brazil". Resumen No. 42319.
12. Cahn P, Pérez H, Ochoa C, *et al.* "Improved outcome of patients with CMV retinitis after adoption of 1996 IAS-USA Recommendations". Resumen 12158.
13. Rajan VN, Chun TW, O'Neill DP, *et al.* "HIV replication persists in patients receiving HAART despite undetectable plasma virus". Resumen No. 22388.
14. Lupo S, Benetucci J, Casiro A, *et al.* "Experience with protease inhibitors in HIV/AIDS patients". Resumen No. 12346.
15. Fay F, Benetti S, Gonzalez E, *et al.* "Comparison of viral load mean in the same center before and after implementation of triple therapy with protease inhibitors (PI)". Resumen No. 60992.
16. Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, *et al.* "Antiretroviral Therapy for HIV infection on 1996". *JAMA* 1996; 276(2):146-154.
17. Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, *et al.* "Antiretroviral Therapy for HIV infection on 1997". *JAMA* 1997; 277(24):1962-1969.
18. Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, *et al.* "Antiretroviral Therapy for HIV infection on 1998". *JAMA* 1998; 280:78-86.
19. Feinberg MB, Carpenter C, Fauci A, *et al.* "Guidelines for the use of Antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents". *Ann Intern Med* 1998; 128:1079-1100.
20. Casseb J, Brígido L, Veíga AP, *et al.* "Double or triple therapy anti-HIV: A Brazilian dilemma". Resumen No. 12245.
21. Pilcher CD, Johnsons DM, Perkins MD, *et al.* "Antiretroviral efficacy and viral resistance where no CD4 or RNA monitoring is available in Brazil". Resumen No. 33167.
22. Burman WJ, Reves RR, Cohn DL. "The Case for Conservative Management of Early HIV Disease". *JAMA* 1998; 280: 93-95.

23. Pollner J, Aronson NE, McHugh S, *et. al.* "Significant increases in serum cholesterol are seen among HIV patients taking protease inhibitors". Resumen No. 12269.
24. Kirk O. "Preliminary comparison of outcome in patients starting either Ritonavir, Indinavir or Saquinavir in 1749 patients from EuroSIDA study". Resumen No. 12373.
25. Montaner J, Reiss P, Cooper D, Vella S, *et. al.* A randomized double blind trial comparing combinations of nevirapina, didanosina, and zidovudina for HIV-infected patients: the INCAS trial. JAMA 1998; 279:930-937.
26. Staszewski S, Morales-Ramírez J, Flanigan T, *et. al.* "A phase II, multicenter, randomized, open-label study to compare the antiretroviral activity and tolerability of efavirenz (EFV) + indinavir (IDV), versus, EFV + zidovudine (ZDV) + lamivudine (3TC), versus IDV + ZDV + 3TC at 24 weeks". (DMP 266-006). Resumen No. 22336.
27. Gallant JE, Barnett S, Raines C, *et. al.* "Efficacy and durability of ritonavir/saquinavir (RTV/SQV) as salvage therapy after failure of initial proteasa inhibitor (PI) regimen". Resumen No. 12330.
28. Brooks JT, Vander M, Sax P. "Viral load reduction after changing from Nelfinavir to indinavir containing regimens and associated resistance mutations". Resumen No. 12342.
29. Deeks S. "Twenty-week HIV RNA response and correlation with baseline phenotypic drug susceptibility during treatment with a novel quadruple salvage regimen after failure of indinavir combination therapy". Resumen No. 22490.
30. Deeks S, Loftus P, Cohen P, Chin S, Grant R. "Incidence and Predictors of virologic failure to indinavir or/and ritonavir in an urban health clinic". Resumen No. LB-2, 37<sup>th</sup> ICAAC 1997.
31. Brígido LF, Veiga AP, d'Ambrosio AC, *et. al.* "Low adherence in antiretroviral users at Sao Paulo, Brazil". Resumen No. 32370.
32. Paiva V, Santos N, Ventura-Filipe EM, *et. al.* "Compliance with reverse transcriptase inhibitors or combination therapy among HIV+ women in Sao Paulo, Brazil". Resumen No. 32399.
33. Nemes MI, Grangeiro A, Pacca JCB, *et. al.* "Antiretroviral therapy adherence in Brazil: An alternative methodological approach of its assessment". Resumen No. 32344.
34. Gir E, Pratt R, Bunch EH, *et. al.* "Adherence to antiretroviral therapy: A four country comparison". Resumen No. 60129.
35. Woodward WC, Flores-Posadas M, *et. al.* "Patient choice of highly active antiretroviral therapy (HAART): implications for adherence/compliance". Resumen No. 32356.
36. Graham K, Beeler LH, Renae S, *et. al.* "Interventions and patient outcome from a pharmacist-based HIV medication adherence referral clinic". Resumen No. 390/32323.
37. Cruz ML, Martins HS, Menezes JA, *et. al.* "Home care in the Highly Active antiretroviral therapy (HAART) era". Resumen No. 22449.
38. Knobel H. "Strategies to optimize adherence to highly active antiretroviral treatment". Resumen No. 388/32322.
39. Hertogs K, Lander B, Mellors J, *et. al.* "Patterns of phenotypic and genotypic cross-resistance among protease inhibitors in over 1,000 clinical HIV-1 isolates". Resumen No. 42195.
40. Yerly S, Schockmel G, Bru JP, *et. al.* "Frequency of transmission of drug-resistant variants in individuals with primary HIV-1 infection". Resumen No. 32280.
41. Hecht FM, *et. al.* "Sexual transmission of an HIV-1 variant resistant to multiple reverse transcriptase and protease mutations". NEJM 1998; 339: 307-11.
42. Cohen OJ & Fauci AS. "Transmission of multidrug-resistant human immunodeficiency virus - the wake-up call". NEJM 1998; 339: 341-43.
43. Salomon HE, Rossi CM, Pampuro SE, *et. al.* "First study on resistance profile in a group of drug naïve patients in Argentina". Resumen No. 41227.

44. Hirsch MS, Conway B, D'Aquila RT, *et. al.* Antiretroviral Drug Resistance Testing in Adults with HIV Infection. *JAMA* 1998; 279:1984-1991.
45. Carr A, Cooper D, Thorisdottir A, *et. al.* "Prevalance and severity of protease inhibitor (PI) induced lipodystrophy (LD) and insulin resistance". Resumen No. 12462.
46. Sullivan AK, Nelson MR. "Marked hyperlipidaemia on ritonavir therapy". *AIDS* 1997; 11:938-39.
47. Chang E, Deleo M, Liu T, *et. al.* "The effects of antiretroviral protease inhibitors (PI's) on serum lipids and glucose in HIV-infected patients". Resumen No. 12381.
48. Henry K, Melroe H, Huebsch J, *et. al.* "Severe premature coronary artery disease with protease inhibitors". *Lancet* 1998; 351:1328.
49. Torres R. "Treatment of dorsocervical fat pads and truncal adiposity with serostim (recombinant human growth hormone) in patients with AIDS maintained on HAART". Resumen No. 32164.
50. Nelson MR, Gazzard B, Kooner RS, *et. al.* "The loin pain/indinavir syndrome and urolithiasis associated with indinavir therapy". Resumen No. 12388.
51. Rickerts V, Hanel H, Leder T, *et. al.* "Sterile leucocyturia and reversible impairment of renal function in indinavir treated patients". Resumen No.12379.
52. Martinez E, Leguizamon A, del Río A, *et. al.* "Indinavir-related nephrolithiasis is associated with environmental temperature". Resumen No. 12399.
53. World Development Report 1997: "The State in a Changing World". The World Bank, Washington DC, 1998.
54. Cahn P: "Antiretroviral Treatment in Latin America. New Implications, Old Challenges". The Hopkins HIV Report 1998; Suppl April,1998: 8-12.
55. Egger. "Opportunistic infections in the era of HAART". Resumen No. 76.
56. Supawitku S, Yoshima T, Rienthong D, *et. al.* "Increasing burden of tuberculosis and high rate of drug resistance in an HIV epicenter in northern Thailand". Resumen No. 452/22131.
57. Punnotok J, Pumprug U, Naiwatankul T, *et. al.* "HIV infection and TB associated with injecting drug use and resistant *M. Tb.* Bangkok, Thailand". Resumen No. 616/13264.
58. CDC. Clinical update: impact of HIV protease inhibitors on the treatment of HIV-infected tuberculosis patients with rifampin. *MMWR* 1996; 45(42):921-25.
59. Waisman J, Bouzas MB, Curcio D, *et. al.* "New perspective in the treatment of multi-drug resistant tuberculosis (MDR-TB) in HIV positive patients undergoing antiretroviral therapy". Resumen No. 22125.
60. Chaisson RE, Gordin F, Matts J, García L, *et. al.* "A randomized trial of rifampin/pyrazinamide for 2 months vs. INH fro 12 months in HIV+; tuberculin + adults (CPCRA004/ACTG177/CDC/PAHO)". Resumen No. 447/22126.
61. Sassan-Morroko M, Wiktor SZ, Abouya L, *et. al.* "Significant reduction in mortality attributable to cotrimoxazole prophylaxis among HIV-infected tuberculosis patients in Abijan, Ivory Coast". Resumen No. 12461.
62. Gerna G, Baldanti F, D'Arminio Monteforte, *et. al.* "Sustained disappearance of human cytomegalovirus (HCMV) in blood of AIDS patients following HAART". Resumen No. 14/22237.
63. Torriani F, Freeman WR, Durand D, *et. al.* "Evidence that HAART-induced immune recovery vitritis in CMV retinitis patients is immune-mediated". Resumen No. 15/22240.
64. Rangel-Frausto S, Ponce de León S, Villasis A, *et. al.* "HIV patients' survival in Mexico City: The importance of prophylaxis and antiviral treatment". Resumen No. 12111.
65. Luna G, Treviño S, Nieto L, *et. al.* "Analysis of survival in a mexican cohort of patients with AIDS. A 6-year follow-up analysis". Resumen No. 12137.

66. Chequer P, Sudo VE, Castilho E. "Bridging the gap: A southern governmental policy on Antiretroviral therapy". Resumen No. 44109.
67. del Río C, Cahn P, Friedland G. "Antiretroviral Therapy in Latin America". Int AIDS Society Newsletter 1998; 10: 12-13.
68. Ardila H. "Access to treatment for people living with HIV/AIDS in Colombia".
69. Huerdo J, Correa H, Estrada E, Fajardo G, *et. al.* "National front of people affected by HIV/AIDS". Resumen No. 24138.
70. Izazola-Licea JA, Saavedra JA, *et. al.* "Access to anti-retrovirals/the role of political activism in México". Resumen No. 24139.
71. Huerdo J, Bonfil C, Brito A, *et. al.* "Medicines and quality care for all/A matter of political will". Resumen No. 24145.
72. Panebianco S, Ortiz L, "Access to treatment a human rights: the case of México". Resumen No. 44108.
73. Rahman A, Deyton LR, Goetz MB, *et. al.* "Inversion of in-patient/out-patient HIV service utilization: Impact of improved therapies, clinician education and case-management in the US Department of Veterans Affairs". Resumen No. 443/42429.
74. Bartlett JG, Chaisson R, Kerruly J, Moore R. "HAART: one of the most cost-effective therapies of the past decade". Resumen No. 24380.
75. Saavedra J, Molina R, Gontes ML, *et. al.* "AIDS care expenditures/ambulatory care vs. hospitalization". Resumen No. 24137.
76. Saavedra JA, Magis C, Molina R, *et. al.* "Economic impact of AIDS medical care in México". Resumen No. 24140.
77. Hogg R, Craib KJP, Weber A, *et. al.* "One world, one hope: The cost of making antiretroviral therapy available to all nations". Resumen No. 444/42283.
78. Montaner JS, Hogg RS, Weber AE, *et. al.* "The cost of triple-drug anti-HIV therapy for adults in the Americas". JAMA 1998; 279:1263-4.
79. Hammer SM, Katzenstein DA, Hughes MD, Gundacker H, *et. al.* "A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV-infected adults with CD4 cell counts from 200 to 500/ $\mu$ L". N Engl J Med 1996; 335:1081-1090.
80. Delta Coordinating Committee. "Delta: a randomized double-blind controlled trial comparing combinations of zidovudine plus didanosine or zalcitabine with zidovudine alone in HIV-infected individuals". Lancet 1996; 348:283-291.
81. Floyd K, Gilks Ch: "Cost and Financing Aspects of Providing Antiretroviral Therapy" in: *The Implications of Antiretroviral Treatments*: 63-77. World Health Organization. WHO, ASD/97.2, Geneva, 1997.
82. Forsythe S. "The affordability of antiretroviral therapy in developing countries: what policymakers need to know". Resumen No. 481/ 44245.

SECCIÓN II  
EPIDEMIOLOGÍA\*

\* El Dr. Fernando Zacarías es el coeditor de esta sección



## EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. NIVELES ACTUALES, TENDENCIAS Y TIPOLOGÍA DE LA EPIDEMIA

*Anabella Arredondo*

La epidemiología como herramienta útil para la toma de decisiones en el tema del VIH/SIDA tiene un rol fundamental, indispensable para el apoyo a la prevención, ya que permite focalizar las intervenciones en las poblaciones en las que la vulnerabilidad es mayor, y medir el impacto de las mismas. En este aspecto se ha producido un acercamiento a las ciencias sociales que se ha evidenciado en forma sostenida en el tiempo.

Con su mirada crítica, la epidemiología se ha constituido en una herramienta para evaluar las intervenciones, dotando de racionalidad a la enorme cantidad de alternativas existentes. Ha ayudado a los tomadores de decisiones a seleccionar medidas a nivel masivo con una relación costo-beneficio positiva, imperativo social y ético dados los elevados costos involucrados.

### **Estado del arte de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA antes de la Conferencia**

#### *Cómo se ha estudiado la epidemia*

La vigilancia epidemiológica se ha ido haciendo cada vez más compleja, desde la inicial, centrada fundamentalmente en el análisis de los casos de SIDA, denominada de primera generación, que entregaba información indispensable pero no suficiente, lo que quedó claramente evidenciado ante los cambios en la historia natural de la enfermedad determinados por las nuevas terapias, como la prolongación del periodo de incubación, la disminución de la morbilidad, letalidad y mortalidad.

Estos efectos son mayores en países en los cuales el acceso a la terapia anti-retroviral de alto impacto es masivo; en ellos los casos de SIDA descienden en tanto el avance de la epidemia continúa, la cual se ha hecho más difícil de evidenciar, lo que constituye un desafío al mantenimiento de las medidas de prevención, puesto que una menor visibilidad de la epidemia puede conducir al relajamiento en la adopción de conductas preventivas.

Como respuesta a esta insuficiencia se han implementado sistemas de vigilancia epidemiológica de la infección por VIH, acercándose de esta forma a las características de poblaciones infectadas más recientemente, y aportando información para estimar las demandas asistenciales en el mediano plazo.

Para conocer las tendencias de la epidemia se ha diseñado la vigilancia de segunda generación, que comprende los estudios de prevalencia de infección por VIH que se realizan periódicamente en poblaciones en las que se quiere conocer el nivel que ha alcanzado la infección, tales como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales, embarazadas, usuarios de drogas intravenosas, reclusos, etcétera.

Éstos se llevan a cabo en localidades geográficas seleccionadas, llamadas centros centinelas, y buscan anticuerpos anti-VIH en diferentes fluidos orgánicos. Dichos estudios permiten medir el impacto de las intervenciones y focalizar recursos para la prevención y asistencia.

Los estudios de prevalencia en centros centinelas no informan acerca de los comportamientos de las personas estudiadas, limitando la interpretación de sus resultados. Tratando de llenar este vacío se han asociado con estudios de comportamiento que permiten evaluar las tendencias y el impacto de las intervenciones específicas realizadas en esas poblaciones.

Los estudios del comportamiento acercan al conocimiento de fenómenos que se anticipan a la infección por VIH, y se efectúan en poblaciones que los patrones epidémicos señalan como importantes, y permiten conocer la dinámica de las conductas de riesgo que se requiere conocer para adecuar las intervenciones y así potenciar el impacto de la prevención.

La epidemia del VIH/SIDA está compuesta de múltiples epidemias que varían en los diferentes países e incluso dentro de cada país. Esto supone una gran dificultad para establecer comparaciones, pero con ayuda de los estudios centinelas de prevalencia del VIH se ha logrado definir una tipología de epidemia aplicable a diferentes regiones del mundo.

Las epidemias se clasifican en tres niveles, según la diseminación del virus en la población.

a. Baja transmisión o incipiente, cuando los estudios centinelas realizados en poblaciones con conducta de riesgo revelan como resultado más elevado una prevalencia menor al 5%, lo que significa que la epidemia está en una etapa inicial y está localizada en poblaciones con conducta de riesgo, lo que tiene implicaciones para la prevención que se puede focalizar en esas poblaciones. Para su seguimiento se aconseja realizar estudios centinelas principalmente en dichas poblaciones.

b. Concentrada, con prevalencia en cualquier población con conducta de riesgo superior al 5%, pero en la población supuestamente sin conducta de riesgo menor al 5%. La interpretación es que se trata de una epidemia que se está desplazando desde poblaciones con conducta de riesgo hacia la población general, y que requiere de intervenciones preventivas en ambas. Se sugiere la realización de estudios centinela en ambos tipos de poblaciones.

c. Generalizada, si en cualquier grupo estudiado de la población supuestamente sin conducta de riesgo se encuentra una prevalencia superior al 5%, lo que refleja que el virus se ha diseminado en toda la población. Para estudiar su evolución se aconsejan estudios centinela sólo en la población general.\*

### *Tendencias de la epidemia*

El estudio de las tendencias de la epidemia ha cambiado también, desde los primeros modelos matemáticos con periodos de incubación fijos y sin incorporación de efectos de intervenciones preventivas, a modelos que consideran intervenciones terapéuticas que modifican periodos de incubación y letalidad/mortalidad, así como cambios comportamen-

(\*Nota del Editor General: una revisión más actualizada propone que el nivel de corte para considerar una epidemia generalizada sea 1% en muestras representativas de mujeres embarazadas. Para mayor detalle véase el capítulo "Avances en la comprensión del VIH/SIDA".)

tales fruto de los años de trabajo en prevención. Estos modelos son necesarios ya que permiten la adaptación de los sistemas de salud y de toda la sociedad a las demandas futuras, así como efectuar evaluaciones costo-beneficio de las medidas preventivas, profilácticas y terapéuticas.

### *Características de la epidemia en América Latina*

En México, en el nivel urbano, predomina la transmisión del virus entre hombres que tienen sexo con hombres y el relacionado con el uso de drogas se ha iniciado en la región noroeste del país. La transmisión heterosexual es más común aunque a bajos niveles a lo largo del límite sur y en zonas rurales. La vía transfusional ha decrecido dramáticamente en los últimos ocho años. (1)

En Honduras, la epidemia está establecida, aportando la mayor parte de los casos de América Central. Las infecciones están concentradas en la capital y en las grandes ciudades, en las que el sexo comercial cobra importancia, mientras los casos rurales se relacionan con la migración. A partir de 1987 ha habido un cambio hacia la transmisión heterosexual y hacia grupos más jóvenes. (1)

El modo de transmisión que predomina en el Área Andina es el contacto sexual entre hombres que tienen sexo con hombres. Se supone que la prevalencia en embarazadas se aproxima a 0. (1)

El Cono Sur muestra un cuadro misceláneo, predominando la transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres y a través de compartir equipos para el uso de sustancias intravenosas. La epidemia está concentrada en regiones urbanas. Argentina es el país más afectado, con un crecimiento de la epidemia entre personas que usan drogas intravenosas. Las prevalencias en embarazadas varían entre el 1% y el 3%, y en trabajadoras sexuales entre el 6% y el 11%. La incidencia de casos de SIDA y el patrón de transmisión es similar en Uruguay y Argentina. (1)

En Chile, la epidemia es de nivel incipiente o baja transmisión, con una prevalencia más elevada en mujeres embarazadas estabilizada en 0.1% desde 1994; en pacientes de ETS llega al 2.9%. (2) La subnotificación de casos de SIDA se estima en 15%. Respecto a la epidemia urbana, sólo desde 1990 hay casos que residen en comunidades menores de 10,000 habitantes, está centrada en comunas de baja vulnerabilidad, aunque han habido casos en comunas de mayor vulnerabilidad también a partir de 1990. El modo de transmisión más frecuente es el sexual, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres. En 1996 la proporción hombre-mujer era de 7:1.

Aumenta la transmisión por uso de drogas intravenosas. No se ha evidenciado desplazamiento de la epidemia hacia edades menores, y ajustando por edad y comparando datos censales, se aprecia una pauperización en las mujeres respecto a escolaridad y ocupación. A lo largo del tiempo se ha producido un deterioro de estos parámetros en las mujeres. Esto no se ha demostrado en los hombres, lo que evidencia que las epidemias entre hombres y mujeres son diferentes, con implicaciones claras para la prevención. (2)

### **La Conferencia y sus aportes**

Se comentarán a continuación los trabajos que hacen aportes por su validez metodológica, o aportes al conocimiento, sistematizados de acuerdo al tipo de investigación y localización geográfica.

### *Vigilancia epidemiológica de segunda generación: estudios de prevalencia del VIH con metodología centinela*

Estas investigaciones tienen elevadas exigencias metodológicas, entre las que se pueden citar: el tamaño muestral, la mayor a menor prevalencia esperada en la población en estudio, estabilidad en el tiempo de los centros que participan, es decir, que a lo largo del tiempo se mantengan los mismos centros, y sesgos y metodologías de laboratorio similares. Las poblaciones estudiadas varían de acuerdo a las categorías de exposición predominantes en cada país, y se estudian grupos poblacionales en los que se supone riesgo elevado de exposición al VIH, y otros que se pretende no concentren conductas de riesgo y representen la situación de la población general.

#### *Estudios en poblaciones supuestamente sin conductas de riesgo*

Tratan de conocer la magnitud de la epidemia en la población general en diferentes localidades, apoyando así la toma de decisiones en cuanto a la focalización geográfica de las intervenciones preventivas y la estimación de la demanda asistencial futura.

a. República Dominicana. Practican la prueba ELISA, sometida a confirmación, en embarazadas y recién nacidos. No se mencionan tamaños muestrales; en los recién nacidos se efectúa la prueba ELISA anónima no ligada del cordón umbilical, encontrando una prevalencia elevada, en 1997 la más alta llegó al 8.4% en Punta Plata. Esta prevalencia coloca a la República Dominicana en la tipología de epidemia generalizada. (6)

b. Bolivia estudia a las embarazadas; el tamaño muestral es de 980, con prevalencias del VIH de 0.5%. No se especifica si hay confirmación de la prueba Elisa, ni si se liga o no. La prevalencia clasifica a Bolivia como tipología incipiente. (3)

c. Brasil mide la prevalencia de infección por VIH en los asistentes a un servicio de urgencia de un hospital universitario, mediante la prueba Elisa confirmada con aglutinación, en forma anónima, no ligada. En hombres se encuentra una prevalencia del 4.8%, y en mujeres del 5.2%. Llama la atención la prevalencia más elevada en mujeres que en hombres, la que podría deberse a un sesgo en el tipo de pacientes, y a la no especificación de los tamaños muestrales; no se sabe si esta diferencia tiene o no importancia, tampoco se menciona si es una muestra ligada o no. (4)

#### *Estudios en poblaciones que se exponen por la vía sexual*

Estos estudios se practican en países en los que predomina ese mecanismo de exposición al virus, recurriendo a estrategias que miden la diseminación en diferentes poblaciones, trabajadoras (es) sexuales, pacientes de ETS, grupos de hombres que tienen sexo con hombres. Estos últimos no aparecen representados en los trabajos realizados en América Latina que se presentaron en la Conferencia, lo que sorprende por ser ésta la categoría de exposición más frecuente.

a. República Dominicana estudia a las trabajadoras sexuales, con una prevalencia más elevada en 1997, del 14.7%. (7); en pacientes de ETS llega al 8.1%, subiendo al 23.1% si la enfermedad motivo de la consulta era ulcerosa. No hay mención sobre la metodología de confirmación ni el tamaño muestral. Las prevalencias en pacientes de ETS se aproximan a las encontradas en embarazadas (8.4%). (6, 8)

b. Bolivia estudia a trabajadoras sexuales, entre las que encuentra una prevalencia de 0, y a pacientes de ETS, en quienes fue del 2.02%. El estudio fue anónimo no liga-

do, con tamaños muestrales de 230 y 99, respectivamente, que resultan pequeños para un país con bajas prevalencias esperadas, lo que explicaría la aparente contradicción entre la prevalencia en embarazadas y entre trabajadoras sexuales, resultando más elevada (0.5% la primera). (3)

c. México mide la prevalencia entre las trabajadoras sexuales. No se precisa la metodología para la obtención de la muestra ni de confirmación de los exámenes; en 1996 la prevalencia era del 1% con un tamaño muestral superior a 5,000. (5)

#### *Otros estudios de prevalencia del VIH*

Hay interesantes acercamientos para estudiar otras poblaciones, asociando la magnitud de patologías ligadas al VIH, como la tuberculosis o condicionantes de la infección, como las ETS.

a. Estados Unidos. Se efectuó un estudio anónimo no ligado de prevalencia del VIH en personas con tuberculosis pulmonar atendidas ambulatoriamente u hospitalizadas en catorce hospitales de las once ciudades con mayor concentración de casos SIDA del país, encontrando en 1994 y 1995 un 9.6% de personas VIH+. La probabilidad de tener tuberculosis pulmonar llegaba al 5.3% entre quienes eran VIH+ (fue del 0.4% en los VIH-, [RR=13.4]. La tuberculosis multi-resistente fue del 4.4% en personas VIH+, y del 0.9% en sujetos VIH negativos, ( $p < 0.1$ ). Este estudio ilustra la importancia que ha adquirido la tuberculosis pulmonar en personas que viven con VIH, así como la elevada proporción de casos multi-resistentes, lo que evidencia la necesidad de mejorar las condiciones en las que se lleva a cabo el tratamiento. (9)

b. En África, Costa de Marfil (10) y Uganda (11) publican estudios que ligan la prevalencia del VIH y de sífilis en embarazadas en control.

#### ***Asociación de estudios centinelas de prevalencia del VIH y de estudios comportamentales***

En la Conferencia, el tema de los comportamientos aparece citado en 509 trabajos. Esta cifra refleja la importancia que en el mundo se ha dado a estos estudios, por constituir una línea de investigación que posibilita una mejor prevención y medición del impacto de las intervenciones. La dinámica de la epidemia demanda este conocimiento para guiar y monitorear la respuesta mundial a ésta. (12)

#### *Estudios de prevalencia del VIH asociados a estudios de comportamiento en personas que se exponen por la vía sexual*

Chile. Estudio de prevalencia en personas que se exponen al riesgo de transmisión sexual, pacientes de ETS. Anónimo no ligado, muestra de sangre sometida a confirmación; se asocia la prevalencia con comportamientos de riesgo recogidos a través de una encuesta aplicada por profesionales. Permite conocer los perfiles de riesgo, la percepción de éste y el impacto de las intervenciones para así rediseñar actividades preventivas. La prevalencia más elevada en 1997 fue del 1.96%, situando a Chile como un país con una epidemia incipiente. (13)

b. Canadá. Cohorte omega de hombres que tienen sexo con hombres; se mide la incidencia del VIH y las determinantes psicosociales asociadas mediante un cuestiona-

rio autoaplicado y la prueba de VIH cada seis meses; se estudian relaciones sexuales anales no protegidas. Se establece que si se sacan conclusiones con ese único elemento, se sobreestima el riesgo, ya que estas relaciones se dan más frecuentemente en parejas estables cuando se sabe que la pareja es seronegativa. (15)

c. India. Este estudio liga el comportamiento sexual y la prevalencia del VIH en pacientes con ETS en clínicas de ETS, entre 1994 y 1997, y encuentra una prevalencia del 1.6%. (16)

*Estudios de prevalencia del VIH asociados a estudios de comportamiento en personas que usan drogas intravenosas*

a. En México se estudia la prevalencia del VIH en personas que se exponen al riesgo por compartir jeringas durante el uso de sustancias intravenosas mediante una encuesta. Estudio se realiza con identificación, consejería pre y post examen y consentimiento informado; la prueba Elisa es confirmada por la prueba Western Blot. Entre hombres que usaban drogas intravenosas la prevalencia fue del 5.9%, y del 0.19% en mujeres. La información sobre comportamientos reveló que el 70% intercambiaba jeringas, y sólo el 35% las limpiaba. La prevalencia sitúa a México como un país con epidemia concentrada. (14)

b. En Canadá se estudió a personas expuestas a través del uso de drogas. Se miden las prevalencias con la prueba de anticuerpos anti-VIH en saliva; los resultados son acompañados de un cuestionario. En 1997 se encontró una prevalencia del 14%. El análisis multivariable concluye que esta metodología es útil para detectar brotes epidémicos en subgrupos poblacionales, y cómo se asocian estos brotes a los comportamientos. (19)

c. Otro estudio en Canadá, entre usuarios de drogas intravenosas, realiza una encuesta y la pruebas en saliva y gota de sangre. Es útil para detectar brotes, permite medir la prevalencia, que en el periodo 97-98 llegó al 9.5%. Se proporcionan insumos para la prevención. (20)

d. En Inglaterra, también entre personas que usan drogas intravenosas, se asocian un cuestionario y un estudio de prevalencia efectuado por la prueba en saliva, anónima no ligada. Se encuentra una prevalencia del 1% en el periodo 95-96. A través de regresión logística se ubican los factores de riesgo. El haber efectuado la prueba en el pasado se asocia a un comportamiento de riesgo pasado pero no a una disminución del riesgo actual. Para interpretar este hecho debe tenerse presente el sesgo de participación de los que abandonan la droga, no representados en la población estudiada. (21)

e. Italia. Encuesta y muestra de sangre en usuarios de drogas intravenosas. Se sigue la tendencia en el tiempo del intercambio de jeringas, la que disminuye, y resalta el uso de condón. (22)

f. Egipto realiza un estudio más amplio que mide la prevalencia de VIH/ETS, liga prevalencias y comportamientos de riesgo en usuarios de drogas intravenosas, realizando cien encuestas y paralelamente las pruebas, hallando prevalencias de 0 para VIH, de 3% para VDRL positivos, como sífilis, de 62% para anticuerpos anticore contra la hepatitis B, de 63% para anticuerpos antihepatitis C, y de 93% para las pruebas positivas de citomegalovirus. Respecto a los comportamientos, la declaración de intercambio de jeringas llegaba al 40%, señalando la existencia de un campo propicio para la diseminación del VIH y apuntando a la necesidad de efectuar intervenciones preventivas en ese grupo. (23)

g. Tailandia. Estudio en usuarios de drogas intravenosas consistente en encuesta sobre comportamientos sexuales y muestra de sangre para VIH. Permite medir la prevalencia, que es del 33% en 1997. Para ese año compartir jeringas alcanzó el 36%, con una disminución significativa, al igual que el descenso en las parejas múltiples a 22%. (25)

*Otros estudios de prevalencia del VIH en personas que se exponen por varias vías asociadas a estudios de comportamiento*

a. En Tailandia las encuestas complementan la información sobre seroprevalencia del VIH. Se estudian múltiples grupos poblacionales: estudiantes, hombres considerados con alta exposición al riesgo (pacientes de ETS, clientes potenciales de comercio sexual, transportistas, militares). Es posible documentar cambios de comportamiento en periodos cortos en poblaciones vulnerables. (17).

b. Otro estudio en Tailandia empleó un cuestionario, consulta sobre riesgos a pacientes de ETS y personas en control en clínicas de drogas. Permitió identificar las áreas prioritarias de intervención, ya que encuentra bajo uso del condón e intercambio frecuente de jeringas, que en 1996 llegaba al 12.6%. (18)

c. En Hong-Kong se estudian diferentes poblaciones: pacientes de ETS, centros de examen de VIH, correccionales, clínicas de metadona, lugares de control ambulatorio para usuarios de drogas intravenosas, hombres que tienen sexo con hombres. Se establece un sistema de seguimiento empleando un cuestionario estructurado que se aplica cara a cara o se autoaplica. Se demuestra como una metodología factible, que evidenció que el uso del condón y el intercambio de jeringas funcionaban como indicadores de tendencias. (24)

d. En Estados Unidos se llevó a cabo un estudio poblacional con encuesta domiciliaria; se extrajeron muestras de sangre y de orina para medir la prevalencia de VIH/ETS. (26)

e. Un estudio colaborativo europeo entre prisioneros mide la prevalencia del VIH en saliva con la aplicación de encuesta. El estudio es voluntario; paralelamente se ofrece con consejería la prueba del VIH. (27)

***Estudios de comportamiento de riesgo***

El desarrollo de programas preventivos normados por indicadores comportamentales se prefiere cada vez mas a los indicadores derivados de la enfermedad, ya que esta última entrega información muy tardía. El conocimiento de los comportamientos permite medir las tendencias y los cambios producto de las intervenciones efectuadas.

*Requisitos de los estudios*

El estudio de Estados Unidos establece que se requiere:

a. el catastro de los sistemas de vigilancia relevantes en la población general. Ellos disponen de diferentes estudios tales como el sistema de vigilancia de factores de riesgo comportamentales, la encuesta de comportamientos de riesgo en jóvenes. En relación con las poblaciones que viven con el virus, hay notificaciones de VIH, SIDA, ETS, hepatitis y estudios complementarios. En las poblaciones con conducta de riesgo se realizan estudios de la prueba del VIH en múltiples centros de detección.

b. Estandarizar los estudios, lo que se hizo en encuestas locales al desarrollar módulos de preguntas comportamentales jerarquizadas, incluyendo las más importantes en los estudios principales.

c. Definir un sistema para sintetizar los resultados de los elementos comunes contenidos en diferentes encuestas y divulgarlos. (28)

Como ejemplo de la utilidad de una misma pregunta en diferentes encuestas se cita el uso del condón en la última relación sexual. El análisis comparativo de diferentes encuestas encuentra esta pregunta en cuatro encuestas nacionales, demostrándose que su uso varía con la edad, siendo menor el uso a medida que se tiene más edad. Las encuestas difieren ya que no todas recogen la misma información, por lo que se sugiere que, además de preguntar sobre el uso del condón en la última relación sexual, se especifique en todas el tipo de pareja y de práctica, lo que permitiría aumentar la utilidad de esta pregunta en estudios comparativos de diferentes encuestas. (29)

### *Ejemplos de estudios comportamentales*

a. En Brasil los estudios de percepción de riesgo a la infección en hombres que tienen sexo con hombres han mostrado que constituyen un primer paso hacia el cambio conductual, pero aun estando presente esa percepción se mantienen altos niveles de exposición al sexo no protegido. Ya es sabido que la información no es suficiente para el cambio conductual, pero a ello se agrega que la percepción de riesgo no necesariamente conduce a conductas sexuales más seguras. (30)

b. En Puerto Rico una encuesta domiciliaria analiza a la población que tiene comportamiento de riesgo y ha efectuado o no la prueba del VIH en los últimos doce meses. Encuentra que entre el 27% y el 30% de quienes tienen percepción de riesgo se han hecho la prueba en ese periodo. (31)

c. En Estados Unidos se evalúan las tendencias en conductas riesgosas en jóvenes entre 1990 y 1997, mediante encuestas a jóvenes entre los 14 y 18 años, con un tamaño muestral de 12,000 encuestas anuales. En el periodo durante el cual se efectuaron las intervenciones preventivas tanto a nivel escolar, como familiar y comunitario no se produjeron cambios en la edad de iniciación sexual ni en la proporción de quienes tenían un número de parejas superior a cuatro ni en el número que declaraba haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. Aumentó la declaración de uso del condón en la última relación sexual. (32)

d. En Rhode Island se estudiaron los factores demográficos y comportamentales en relación con la prueba previa al VIH auto-reportado, en encuesta telefónica aleatoria, en 1,409 personas de 18 a 65 años, durante 1995. Éste demostró ser un método útil para establecer prioridades en la planificación de actividades preventivas, programas de consejería y la prueba del VIH. (33)

e. En Inglaterra durante 1996 y 1997 se llevó a cabo un estudio sobre el comportamiento sexual entre hombres que tienen sexo con hombres, mediante un cuestionario autoaplicado en sitios de encuentro y clínicas genitourinarias, con una tasa de respuesta del 75% y 81%, respectivamente. Se demostró la factibilidad de realizar vigilancia comportamental activa en hombres que tienen sexo con hombres, y la necesidad de mantener las actividades preventivas en ese grupo poblacional. (34)

f. En Italia el aconsejamiento en la entrega de la prueba negativa demostró ser importante para no reducir la percepción de riesgo y alentar comportamientos riesgosos. (35)

g. En Zambia, encuestas anuales sobre comportamientos, actitudes, prácticas y creencias, encuentran reducción en comportamientos de riesgo de exposición sexual entre los años 1990 y 1995, última relación sexual ocasional sin uso de condón bajó de 80% a 48%. (36)

### *Evaluación de la vigilancia epidemiológica*

La vigilancia epidemiológica es un proceso dinámico que requiere de evaluación y retroalimentación para mejorarlo.

a. El análisis social identifica variables no tenidas en cuenta por el individualismo metodológico que asume que determinadas conductas no son riesgosas, como las mujeres que tienen sexo con mujeres entre los usuarios de drogas intravenosas. El suponer que su conducta sexual no las expone al VIH hace que no se consulte la orientación sexual de mujeres usuarias de drogas intravenosas, perdiéndose así la posibilidad de apoyar la prevención. (37)

b. Proyecto de monitoreo centinela del VIH en pacientes de ETS en Europa. Participan en él diecinueve países europeos; en dieciséis la prueba se practica de manera confidencial y voluntaria, y en tres es anónima no ligada. El análisis muestra estabilidad en las redes de vigilancia de las poblaciones estudiadas y de los sesgos de participación. Las redes son comparables en accesibilidad a las clínicas, al diagnóstico de ETS, al asesoramiento y al manejo de la información. Preocupa la alta proporción de casos sin resultados de la prueba VIH (24%; en un 12% debido a rechazo, y en otro 12% por la no oferta de ésta). Se evidencia una sobrecarga asistencial. Estos estudios han mejorado los sistemas de vigilancia epidemiológica. (38)

c. En Tanzania el análisis crítico de las limitaciones en el uso de la información procedente de los centros centinelas para evaluar el impacto de los programas de prevención del VIH/ETS, establece que la prevalencia por sí sola no es suficiente, incluso en grupos más jóvenes, en los que se puede asumir que la prevalencia se aproxima a la incidencia acumulada, y se plantea la necesidad de asociar la prevalencia con estudios de comportamiento para medir el impacto de las intervenciones. (39)

### **Uso de otras fuentes de información para la vigilancia epidemiológica**

a. En América Latina, el EPIFACT-SHEETS, es un sistema estandarizado de recolección de datos de cuarenta y cuatro países, validado, con fuentes secundarias de datos que incluyen información socioeconómica, comportamental y demográfica, influye en las tendencias de la epidemia dentro de esos países y permite hacer comparaciones entre los mismos. Integra datos de prevalencia del VIH/ETS, incorporando los datos de los programas nacionales. Hace un esfuerzo para incluir estudios comportamentales que se espera hagan aportes para aclarar la situación del VIH/ETS y permitir el desarrollo de programas preventivos más efectivos y focalizados. (40)

b. La metodología de evaluación y respuesta rápida emplea datos cuantitativos y cualitativos, estimula la investigación local e informa sobre la prevalencia. (41)

c. En Estados Unidos, el uso del tamizaje de clamidia en orina sirve como marcador biomédico para evaluar el impacto de un programa de prevención en el nivel comunitario. (74)

d. Canadá utilizó datos procedentes de las muestras de laboratorio. Éste es un sistema especialmente útil para detectar brotes de infección por VIH. (42)

e. Con un estudio muy sofisticado, España busca la huella digital del ADN en jeringas que se llevan a intercambio, para comprobar si se ha intercambiado o no. Estudia también anticuerpos contra el VIH en la sangre residual de la jeringa. (43)

### *Epidemiología molecular*

Ésta constituye un campo nuevo de investigación, apasionante y enormemente trascendente dada su influencia en la elaboración de vacunas y en seguir la pista a la diseminación de la infección.

a. En Brasil encuentran el subtipo C en mujeres embarazadas, lo que apunta hacia la transmisión heterosexual. (44)

b. En Estados Unidos un centro centinela para monitorear la diversidad genética del VIH encuentra varios subtipos del VIH-1 además del B, indicando una diversificación de la genética del virus en ese país, lo que tendrá consecuencias para el ensayo de vacunas. (45)

c. En Tailandia se miden las tendencias de los subtipos BO y E del VIH-1 a lo largo del periodo 1992-1997, encontrando el subtipo E en más del 95% de los casos adquiridos por exposición sexual. Este subtipo está creciendo en las personas que se infectan por la vía del uso de drogas intravenosas. (46)

d. También en Tailandia un interesante estudio encuentra que la genética es un indicador pronóstico en la transmisión madre-hijo, ya que los casos en los que hay una distancia mayor de 6% en los nucleótidos se asocian a una evolución más rápida, y también los cambios en la secuencia V3 se relacionan con el desarrollo de inmunosupresión durante el primer año de vida del niño. (47)

e. En China se encuentran dos subtipos diferentes del VIH-1, el C y el E, en usuarios de drogas intravenosas de dos regiones geográficas, reflejando la evolución de dos epidemias de diferente origen. (48)

### *Modelos para estimar las tendencias del VIH/SIDA*

La estimación de las tendencias es crucial, y es un tema que ha suscitado el interés de los investigadores de diferentes partes del mundo, que han asociado diversas metodologías.

a. En la región del Pacífico Occidental, en los países que cuentan con buenos sistemas de notificación se hacen estimaciones de la infección por VIH desde los casos de SIDA notificados, empleando el epi model y el retrocálculo. (49)

b. En Italia se emplea un conjunto de proyecciones para estimar las tendencias. Éstas contemplan los estudios de prevalencia y la incidencia observada, la que se multiplica por el mejor dato de las notificaciones distribuidas por categoría de exposición. Este dato es extrapolado a la población de acuerdo a las tendencias recientes en casos SIDA y a la prevalencia del VIH encontrada según las diferentes categorías de exposición. Esto constituye un método indirecto para predecir el número acumulado de diagnósticos de VIH; restando a esta cifra las muertes acumuladas, se multiplica por el porcentaje de población que ha realizado el examen, dato que se obtiene de las encuestas. También realizan el retrocálculo desde los casos de SIDA. Esta compleja metodología sirve para detectar brechas en la información, y ha sido útil para planificar y evaluar. (50)

### *Descenso de la mortalidad por SIDA*

Ante la disponibilidad de terapias anti-retrovirales de alto impacto en los países desarrollados, el diagnóstico precoz ha cobrado gran importancia.

a. En un estudio colaborativo en once países europeos, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de seropositividad al VIH y el SIDA era de 4.5 años. El 21% de los casos

no se diagnosticaban antes de desarrollar SIDA. Esta situación era más frecuente en hombres heterosexuales no usuarios de drogas intravenosas, con grandes diferencias entre los países. (51)

b. En Nueva York se compara la mortalidad en la segunda mitad de 1995 a 1997. Hay un descenso del 29% en 1996 y otro del 48% en 1997, en tanto que el número de personas que viven con SIDA aumenta. Existen leves diferencias, pero este fenómeno se produce en todos los grupos demográficos, a medida que las terapias anti-retrovirales altamente efectivas se hacen cada vez más accesibles. (52)

### *Prevención secundaria de la transmisión vertical*

El primer esquema de profilaxis farmacológica de la transmisión del VIH corresponde al estudio multicéntrico llamado protocolo ACTG 076, que demostró la reducción de la transmisión vertical en un 67% con la administración de AZT. (53). Este esquema resulta complejo y tiene un costo aproximado de US\$1,000 (54), lo que lo hace oneroso y de difícil aplicación en los países en desarrollo. Esto ha llevado a buscar esquemas más simplificados y de menor costo, como el estudio recientemente efectuado en Tailandia, que consigue una reducción de la transmisión en un 50% mediante un esquema más simple. (75)

Durante la Conferencia se presentaron experiencias que buscaban esquemas alternativos, así como otras que medían el impacto de la aplicación masiva del protocolo ACTG 076.

La disponibilidad de esta medida de prevención ha generado debates respecto a efectuar la prueba en las embarazadas en general, y se han hecho evaluaciones costo-beneficio de la realización de la prueba con y sin consentimiento, lo cual tiene implicaciones éticas importantes.

### *Aplicación del protocolo*

a. En Río de Janeiro, Brasil, se evaluó el cumplimiento del protocolo. El 100% de las embarazadas que ingresaron al estudio recibieron AZT oral: el 91% recibió AZT intraparto y el 96% de los recién nacidos recibió AZT oral. La no administración de AZT en el parto, en los casos que no lo recibieron, se debió a su no disponibilidad en el momento del parto, por tener lugar el parto fuera de los centros de referencia o por hospitalización tardía en el trabajo de parto. (55)

b. La publicación de los resultados del protocolo produjo efectos en los servicios de control prenatal de Estados Unidos. El ofrecimiento de la prueba VIH a la embarazada aumentó del 23% en el periodo 91-94 al 49% en el periodo 94-97, después de la publicación del protocolo, y el ofrecimiento de AZT en el embarazo subió al 50% y 92%, respectivamente. El cumplimiento por parte de la mujer de la ingesta de AZT oral durante el embarazo fue del 23% y 85%, respectivamente, en los dos periodos, y el uso del AZT en el parto subió del 19% al 87%. (56)

c. En Los Angeles, Estados Unidos, un estudio realizado entre 1995 y 1996 en mujeres seropositivas embarazadas mostró que el 72% controló su embarazo, y que entre ellas el 90% recibió AZT oral. Se demostró que un 84% de las mujeres recibió al menos una intervención y 65% las tres etapas del protocolo. (57)

d. En Canadá algunos estados ofrecen la prueba con aconsejamiento y consentimiento informado; en otros, la prueba forma parte de los exámenes de rutina del control prenatal y no se solicita el consentimiento de la mujer. En Vancouver, en donde la preva-

lencia en embarazadas alcanza el 0.4 por 1,000, se ofrece la prueba con asesoramiento y consentimiento informado desde 1994. Un estudio para evaluar la calidad de este asesoramiento en 1995 comparado con 1996 mostró que la discusión sobre la prueba y sus implicaciones no se realizó en el 52% y 30% de los casos, respectivamente. Una vez que se dio la discusión el rechazo al examen prácticamente no existió. (58)

e. Suiza logró bajar las tasas de transmisión vertical entre la población en más del 50% con la aplicación del protocolo; sin embargo, más de un tercio de las infecciones que siguen ocurriendo corresponden a mujeres que no son sometidas a la prueba antes del nacimiento de sus hijos. (59)

f. En España, el 79% de una cohorte de mujeres infectadas por VIH recibió el protocolo completo, y en ellas la transmisión vertical alcanzó el 3.7%, mientras que en el 20.6% que lo recibió de manera parcial la tasa de transmisión llegó al 28.6%. (60)

g. En Tailandia un esquema alternativo, doble ciego, aleatorio, controlado por placebo, con dosis de AZT más elevadas y menos frecuentes, comienzo más tardío y cada tres horas durante el parto, mostró ser seguro y bien tolerado. (61)

#### *Costo-beneficio del tamizaje voluntario y obligatorio*

La comparación entre la prueba a la mujer embarazada voluntaria y la obligatoria se estudió con un modelo matemático en Estados Unidos. Aun cuando el tamizaje obligatorio puede prevenir más casos de SIDA en niños, con prevalencias en embarazadas de 1.7 por 1,000, tiene un costo más elevado que el de la prueba voluntaria. Lo más importante es que el costo-efectividad de la prueba obligatoria está influenciado por el comportamiento ulterior de las mujeres en lo que respecta a la aceptación del tratamiento con AZT. En este estudio, en el caso de que el 40% de las mujeres que rechazaba la prueba voluntaria rechazara también el uso de AZT, la diferencia de costo-efectividad de la prueba obligatoria sobre la voluntaria aumentaría 3.8 veces. (62)

Un estudio realizado en Inglaterra sugiere que la prueba de VIH en la embarazada como examen de rutina puede ser costo-efectivo en áreas de una prevalencia superior al 3%, lo que haría bajar los costos del asesoramiento. (63)

#### *Tipo de parto y transmisión vertical*

Este componente de la transmisión vertical ha sido muy discutido, pero durante la Conferencia se mostraron algunos trabajos que dilucidan el papel de la cesárea en la prevención.

a. El metaanálisis muestra el impacto de la cesárea electiva en estudios prospectivos europeos y estadounidenses, sin uso de anti-retrovirales, cada uno con al menos cien pares de madres-hijos, documentando el tipo de parto y el estado serológico del niño. En este estudio, que incluye quince cohortes con 10,729 pares de madres-hijos nacidos entre 1982 y 1996, la tasa global de transmisión bajaba del 14% al 11.2% en las cesáreas electivas. Se controlaron las variables terapia anti-retroviral, SIDA materno y recuentos maternos de linfocitos CD4. (64)

b. Cohorte francesa de 2,834 niños nacidos entre 1982 y 1996. Sin AZT, la tasa de transmisión llegó al 17.2%. No hubo asociación con el tipo de parto. La tasa de transmisión en 902 madres que recibieron AZT fue del 6.4%. En el caso de parto vaginal la transmisión fue del 6.6%. Si la cesárea fue de urgencia llegó al 11.4%, y en la cesárea electiva al 0.8%. ( $p < 0.002$ ). La cesárea electiva en comparación con el parto vaginal tuvo una razón de desigualdad ajustada del 0.10 (intervalo de confianza de 0.00 a 0.9,  $p$

< 0.04). Se concluye que existe interacción entre la cesárea electiva y el tratamiento con AZT. (65)

c. En un estudio prospectivo multicéntrico realizado en Alemania y Austria en 255 pares de madres-hijos la tasa de transmisión total fue del 18.4%. La cesárea electiva sin AZT alcanzó el 10.8%, mientras que el parto vaginal con AZT llegó al 7% de transmisión. A partir de 1994, a 80 madres se les realizó cesárea electiva entre las semanas 36 y 39, antes del inicio del trabajo de parto, además de que se les administró zidovudina de acuerdo al protocolo ACTG076. En este grupo la transmisión vertical fue de 2.5%. (66)

#### *Lo que está pendiente*

No hay antecedentes que apoyen que el uso del AZT durante el embarazo aumente la aparición de malformaciones congénitas en los niños. Un estudio en Nueva York encontró que las malformaciones se registraron con una frecuencia 2.5 veces más alta que lo esperado, lo que no fue estadísticamente significativo. (67)

#### *Prevención secundaria de la exposición laboral*

Un estudio de casos y controles en trabajadores de la salud demostró que la profilaxis con AZT post-exposición laboral disminuía en 79% el riesgo de seroconversión después de la exposición percutánea a sangre infectada por VIH. (68) Se estimó este riesgo para el contacto de sangre con mucosas o piel dañada en un 0.1%.(69), en 0.3% para exposición percutánea, en 0.1% para exposición de membranas mucosas, y menor al 0.1% para el contacto prolongado con la piel, en áreas extensas, o cuando la integridad de la piel está visiblemente comprometida. (68)

#### *Factores de riesgo*

- a. Herida profunda con sangrado.
- b. Instrumento causante de la exposición con sangre visible del paciente fuente.
- c. Instrumento colocado en el territorio arterial o venoso del paciente fuente.
- d. La muerte del paciente fuente por SIDA dentro de los 60 días después de la exposición. (68)
- e. Lesión superficial en casos de piel no indemne (con solución de continuidad, dermatitis o eczema.
- f. Contacto de sangre con ojos, boca, membranas mucosas o líquido orgánico que contenga sangre visible. (69)

En la Conferencia hay trabajos que señalan avances respecto a la determinación de los factores de riesgo: la transmisión se produjo en un 0.19% (95% IC 0.04-0.54. cuando se trató de heridas percutáneas; este riesgo llegó al 0.16% cuando el instrumento que produjo la lesión fue una aguja con lumen, variando del 0.55% cuando estuvo llena de sangre al 0% si no la contuvo. Si se trató de una contaminación que comprometía tanto a la piel como a las mucosas, el riesgo alcanzó el 0.25% (95% IC 0.01-1.4). Cuando el contacto de la sangre infectada no fue a través de una lesión, sino sólo contactó piel previamente dañada, el riesgo que se observó fue del 0%.(70)

*Efectos secundarios de la profilaxis post exposición laboral*

Otro aspecto en el que hay avances en los trabajos presentados en la Conferencia es la frecuencia de aparición de efectos secundarios de la profilaxis post-exposición laboral.

Un trabajo llevado a cabo en Italia encontró que el 18% de los trabajadores que habían iniciado la profilaxis la suspendían por intolerancia. (71)

En Canadá, un estudio sobre el tipo de síntomas arrojó que un 29% la suspendió por náuseas, vómitos, cefalea, diarrea e insomnio. (72)

En Estados Unidos, un 24% reportó náuseas, 22% fatiga o malestar, 13% estrés emocional, 9% cefalea y 6% anorexia. (73)

## Bibliografía

1. The status and trends of the HIV/AIDS/STD epidemics in Latin America and the Caribbean. MAP Meeting, Río de Janeiro, 1997.
2. CONASIDA. Chile, Boletín de vigilancia epidemiológica Nov. 5, Junio 1998
3. Zegarra L, Flores J, Bachelet M. Prevalence of HIV among different risk groups in Cochabamba, Bolivia. Abstract 13166. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
4. Martinez R, Artidi A, Pyntia J. Detection of HIV-1 infection in individuals treated in an emergency service of a University Hospital, Sao Paulo, Brazil. Abstract 13394. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
5. Santarriaga M, Loo R, Magis C. Female sex workers in Mexico : Sentinel surveillance 1990-1997 Abstract 23547. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
6. Ramirez A. HIV sentinel surveillance in pregnant women. 1992-1997. Abstract 2348. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
7. Domínguez M. Sentinel surveillance in female sex workers. Abstract 60749. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
8. Garris I. Sentinel surveillance in STD patients. Abstract 60492. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
9. Weber J, Sidhu J, Janssen R. Pulmonary tuberculosis in HIV infected and uninfected patients in sentinel hospitals in the United States, 1994-1995. Abstract 13248. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
10. Kassim S, Wiktosl S, Maurial A. Prevalence of HIV and syphilis infections among pregnant women attending antenatal clinics in Cote de Ivoire, 1997. Abstract 13111. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
11. Byebamazima C, Biryagwaki B, Tembo G. Prevalence of HIV-1 and syphilis among women in Uganda. Abstract 23383. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
12. Tarantola D, Schwartlander B, Lamptey P. Relentless rises and discrete declines of the world HIV epidemics. Abstract 13102. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
13. Arredondo A, Ortiz E, Child R. HIV prevalence and risk behaviours. Abstract 14308. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
14. Magis C, Ruiz A, Loo R. Sentinel studies in IVDU in Mexico. Abstract 60729. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
15. Alary M, Otis J, Dufour A. Determinant of changes in UAI among MSM in Montreal. Abstract 14204. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
16. Kumar P. A study on sexual behaviour and HIV prevalence in patients with STD attending a STD clinic in N.E. state of India. Abstract 22201 . 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
17. Sridel T, Mills S, Amon J. BSS on specific target groups : A valuable complement to standardized general population surveys. Abstract 14256. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
18. Man T, Wong K, Lai E. To evaluate the community risk of HIV epidemic using sentinel behavioral surveillance. Abstract 14127. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
19. Parent R, Alary M, Hankin C. The survey IDU surveillance network : 3 years of HIV surveillance among IDU recruited at 11 syringe exchange programs in Canada. Abstract 23172. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
20. Millson P, Myers T, Calzavara R. A decade of HIV prevention among IDU in Toronto, Canada. Abstract 123190. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.

21. Hope V, Rogers P, Lamañi T. Is a voluntary confidential HIV test associated with reduced HIV risk factors amongst uninfected IDUS? Abstract 23234. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
22. Villa M, Lucchini A, Mangili R. Temporal trends on the prevalence of needle-sharing and condom use among IDU. Abstract 14112. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
23. Elsin E, Ghazzawi E, Sherbini E. Sentinel surveillance for HIV risk behaviors among IDU in Alexandria, Egypt. Abstract 13124. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
24. Shan S, Ami T, Wong K. Establishing an HIV related risk behaviour surveillance system. Abstract 14101. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
25. Des Jarlais O, Choopanya K, Vanichseni S. The long term course of the HIV epidemic among IDU in Bangkok, Thailand. Abstract 13129. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
26. Ruiz J, Molitov F, Mc. Farland W. A population-based, door to door survey of HIV/STD and risk behaviors among young women in California, USA. Abstract 23458. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
27. Rotily M. HIV risk behaviours and HIV seroprevalence among European prisoners : A multicenter study of the E.C. network on HIV-hepatitis prevention in prison. Abstract 23527. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
28. Fichtner R, Rietmeijer Cl, Broekhill R. Toward an integrated surveillance system for HIV/STD risk behaviors. Abstract 43423. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
29. Rietmeijer C, Fichtmer R. Use of condoms at last sexual intercourse : An example of advantages and pitfalls of standardizing questions in surveys for HIV/STD risk behaviors. Abstract 43427. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
30. Loundes C, Souza V, Bastos F. Sexual behaviors and perception of vulnerability to HIV infection in MSM in a cohort study on HIV incidence in Rio de Janeiro, Brazil. Abstract 14106. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
31. Albizu C, Alegría M, Vera M. Which individuals undergo voluntary HIV serologic testing in Puerto Rico? Abstract 138/43121. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
32. Kanm. L, Lavry R, Kinchen S. 8 year trends in HIV -risk behaviors among U.S. youth. Abstract 14110. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
33. Liu K, Mayer K, Loberti D. Factors associated with prior HIV testing from the behavioral risk factor survey in Rhode Island. Abstract 43145. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
34. Nardose A, Dodds J, Mercy D. Active surveillance of sexual behaviour amongst homosexual men of London. Result over 2 years. Abstract 14118. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
35. Zermiani M, Serpelloni G, Mazzi M. Survey of the effects of providing individuals with risky behaviour with a negative HIV test result. Abstract 33285. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
36. Fylkesner K, Carael M. HIV epidemic and behaviours. Evidence of favorable change in Zambia. Abstract 14108. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
37. Friedman S, Young R, Cloth M. The questions not asked : The pitfalls of methodological individualism in HIV epidemiology. Abstract 24157. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
38. Clelareami A, Petrea S, Mardorescu M. HIV infection in children and the community. Abstract 43426. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.

39. Riedner G, Nichombe F, Kulila N. Limitations in the use of sentinel serosurveillance information for the evaluation of the impact of HIV/AIDS prevention programs. Abstract 60668 .12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
40. Cuchi P, Schwartlander B, Staneck K. HIV/AIDS/STD epifact sheets. A new tool for surveillance in Latinamerica and the Caribbean. Abstract 60641. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
41. Weiler G, Bell A, Donoghoe M. Sexual behaviors and substance use in developing countries. Rapid assessment and response. Abstract 23417. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
42. Fromm M, Swantee C, Galli R. Towards real time HIV surveillance using HIV testing data. Abstract 43437. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
43. Menoyo C, Zulaika E, Lanikiz E. The validation of statements by IDUs based on the analysis of blood traces on their used syringes. Abstract 14114. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
44. Loureiro R, Casseb J, Bongertz V. Seroreactivity to HIV-1 peptides in pregnant women in Porto Alegre, RS State, Brazil. Abstract 11202. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
45. Weidl P, Ganea C, Pienniazek D. Prevalence of HIV -1 genetic molecular, non B subtypes in Bronx N. Y. Community : a sentinel surveillance for monitoring HIV genetic diversity in the U. S. Abstract 13225. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
46. Subbarao S, Vamocjsemo S, Mastro T. Genetic characterization of incident HIV -1 subtype B and E strains from IDUs in Bangkok, Thailand. Abstract 13133. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
47. Foongladda S, Sittjet R, Chearsakul S. V3 sequence diversity of HIV-1 subtype E in infected mothers and their infants. Abstract 11184. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
48. Yutaka T, Kusayaba S, Sato H. Genetic and serologic characterization of HIV-1 in Myanmar. Burma. Abstract 13131. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
49. Pommerol G, Omi S, Gerec A. Reported and estimated HIV and AIDS in the WHO Western Pacific Region. Abstract 13128. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
50. Archibald C, Remis R, Farley J. Estimating HIV prevalence and incidence in Canada: Using direct and indirect networks with Monte Carlo simulations. Abstract 43475. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
51. Hamers F, Delmas M, Alix J. Unawareness of HIV seropositivity before AIDS diagnosis in Europe. Abstract 137/43105. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
52. Chiasson M, Berenson L, Schwartz S. Declining AIDS mortality in N.Y. city. Abstract 13218. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
53. National Institute of Allergy and Infectious Diseases Clinical alert: important therapeutic information on the benefit of zidovudine for the prevention of the transmission of HIV from mother to infant, Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1994
54. Taller Sub-regional sobre Prevención de la Transmisión Vertical del VIH. Buenos Aires, Argentina, Julio 29-31,1998
55. Joao E. Feasibility of ZDV use to reduce HIV vertical transmission in Rio de Janeiro, Brazil. Abstract 61002. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
56. Maldonado I, Hill D, Castro M. Temporal patterns of prenatal HIV testing and perinatal treatment and intervention strategies. Abstract 23317. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
57. Frederick T, Mascola L, Jackson J. Missed opportunities to reduce perinatal HIV transmission maternal and neonatal ZDV use on L.A. county. Abstract 458/23273. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.

58. Dobson S, Burdge D, Money D. Screening for HIV in pregnancy : Improvement in rates of testing in an area of low prevalence. Abstract 60596. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
59. Kind C. Prevention of vertical HIV transmission : Limits of success at the population level. Abstract 23283. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
60. Ciria L. Impact of zDV in perinatal HIV transmission in Mallorca Island. Abstract 23314. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
61. Shaffer N, Chuachoowong R, Aravepiyenont. S. Safety, tolerance and adherence of late zDV to reduce perinatal HIV transmission, Bangkok. Abstract 32341. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
62. Myers E, Thompson J, Simpson K. Cost-effectiveness of mandatory compared with voluntary tamizaje for human immunodeficiency virus in pregnancy. *Obstet. Gynecol* 1998 ; 91:174-81.
63. Postma M, Beck E, Mandaba S. HIV screening of pregnant women, is it cost-effective in England? Study for the US concerted action on multinational AIDS scenarios. Abstract 43134. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
64. Read J. Mode of delivery and vertical transmission of HIV-1. A meta-analysis from 15 prospective cohort studies. The international perinatal HIV group. Abstract 23275. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
65. Mandelbrot L, Chenadec L, Berrebi A. Decreased perinatal HIV-1 transmission following elective cesarean delivery with zDV treatment. Abstract 23272. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
66. Lutz R, Buchholz BI, Klarmann D. Combining ZVD treatment and elective cesarean section reduces the vertical transmission of HIV below 3% in the German perinatal cohorts. Abstract 23291. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
67. Neuschiffer C, Cocroft J, Hauck W. Birth defects and zidovudine use in HIV + women in N. Y. State medicaid. Abstract 12376. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
68. CDC Case- Control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV- infected blood. France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994. *MMWR* 1995; 44:929-33
69. Gerberding J.L. Management of occupational exposures to blood borne viruses. *N. Engl. J. Med.* 1995; 332:444-51
70. Ippolito G, Puro V, Petrosillo N. Risk of HIV infection in HCW after occupational exposure. Abstract 23336. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
71. Puro V, Giuseppe I. zDV and combination antiretroviral post-exposure prophylaxis. Abstract 33182. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
72. Salit I, Chantler A, Tseng J. Sharp injuries and HIV : Experience with a rapid response system. Abstract 33190. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
73. Panlilio A, Cordo D, Campbell S. Tolerability of antiretroviral agents used in HCWs as post exposure profilaxis for occupational exposures to HIV. Abstract 246/33171. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
74. Cornelis A, Reitmeijer SS, Bull JN. Use of urine chlamydia screening as a biomedical outcome marker for a community-level STD/HIV prevention program. Denver Public Health, USA. Abstract 14261. 12th International AIDS Conference, 1998
75. Administration of Zidovudine during late pregnancy and delivery to prevent perinatal HIV transmission Thailand, 1996-1998. *MMWR Vol 47/Nº8:* 151-154

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN SURINAM Y EL CARIBE ANGLÓFONO (1982-1996)

*Bilali Camara  
Michel de Groulard  
Fernando Zacarías*

### Perspectiva global

El primer caso de SIDA se identificó en Estados Unidos en 1981 (1). Desde entonces el mundo entero se ha visto cada vez más afectado por la pandemia de VIH/SIDA. En 1997, el resumen global de ONUSIDA/OMS sobre la epidemia de VIH/SIDA calculaba que (2) en el mundo tenían lugar diariamente 16 mil nuevas infecciones. Durante ese mismo año, ocurrieron 5.8 millones de nuevas infecciones, de las cuales 47 mil se dieron en el Caribe. De los 30.6 millones de personas que viven con VIH/SIDA, 310 mil de ellas son del Caribe. El informe de ONUSIDA/OMS señala que en el resumen regional se observan altas tasas de incidencia entre la población general del Caribe y que el SIDA se ha convertido en una causa de muerte importante en la región.

La respuesta en el nivel mundial a esta epidemia ha mostrado algunos signos exitosos en la utilización de la educación para el cambio conductual por medio de prácticas de sexo seguro, y en la reducción de la transmisión del VIH durante las intervenciones médicas. Pero a pesar de estos éxitos se espera que el impacto global de la epidemia de SIDA en ciertas partes del mundo se refleje en la reducción de la esperanza de vida y en la sobrevivencia infantil.

### Introducción

La epidemia de VIH empezó en el Caribe en la década de los setenta. El primer caso de SIDA se reportó en Jamaica en 1982, un año después de que el primer caso se identificara en Estados Unidos. En 1983, se informó de ocho casos de SIDA en Trinidad y Tobago, de los cuales todos eran hombres homosexuales o bisexuales. Pero para 1985 los casos de SIDA femenino y pediátrico representaban el 28% del total de casos reportados al Centro Epidemiológico del Caribe (CAREC por sus siglas en inglés) por los países miembros. (1) Este cambio tuvo lugar rápidamente, indicando con claridad que el SIDA se estaba convirtiendo en un problema de la población en general, y que ya no era una enfermedad exclusiva de los hombres homosexuales o bisexuales. Esta observación condujo a la siguiente descripción de la epidemia de SIDA en la región:

Desde su inicio hasta la fecha, la epidemia de SIDA en el Caribe evolucionó en distintas subepidemias, pero a la vez interdependientes, homo/bi y heterosexuales, conformadas por determinantes regionales, sociales, culturas y económicos específicos.

Lo anterior dificulta la clasificación de la región caribeña en patrones epidemiológicos, de acuerdo con la definición del Programa Global de la Organización Mundial de la Salud sobre SIDA y la Universidad Harvard de los años ochenta.

Muchos factores influyen en la confiabilidad de la información de los diferentes países sobre SIDA. Algunos de ellos son que la información no está completa, la ausencia de sensibilidad y especificidad en las definiciones de caso en uso, retraso en la notificación, la utilización de diferentes definiciones de caso por las fuentes que reportan, y otros factores socioculturales. Pero, a pesar de estas limitaciones, la información claramente señala que el Caribe está afectado seriamente por la epidemia de SIDA.

## Panorama epidemiológico y evaluación de la tendencia

### *Incidencia del SIDA en Surinam y el Caribe anglófono*

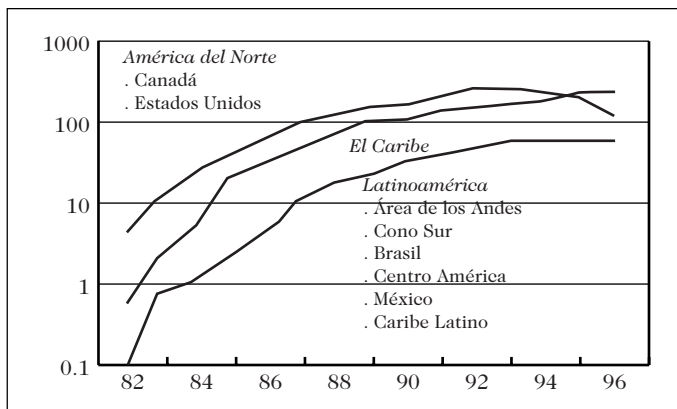
La vigilancia del SIDA en la región se inició en 1982 con el reporte de los países miembros de los casos de SIDA al Centro Epidemiológico del Caribe (CAREC). Para este propósito se utiliza la forma estándar de reporte de la OPS/OMS. Es importante mencionar que hasta finales de 1995 muchas definiciones de caso estaban en vigor en el Caribe: definición de caso CDC (1993); la definición de caso OMS-Bangui; la definición de caso OPS/Caracas. La definición del CAREC se introdujo en 1996 con el objeto de estandarizar los reportes de casos de SIDA por parte de los países miembros. En vista de los diferentes niveles de los servicios de salud en los países miembros del CAREC, la definición requiere que el criterio mínimo necesario para establecer el diagnóstico de SIDA sea una prueba de VIH ELISA repetidamente positiva y dos signos menores y dos mayores. En los países miembros de CAREC más desarrollados se utilizan el criterio mínimo así como la presencia del indicador de la enfermedad y el CD4 para confirmar el diagnóstico.

De 1982 a 1996 se ha observado una tendencia creciente de casos notificados en el Caribe. Para 1996 había sido reportado a CAREC un total de 9,978 casos acumulados por 19 de sus 21 miembros.\* (Desde 1993 Turcos y Caicos han dejado de notificar sus casos de SIDA.) Esto representa una tasa acumulativa regional de 168 casos por cada 100 mil habitantes. A pesar del subregistro de casos de SIDA que fue documentado en algunos de los países miembros de CAREC de 1994 a 1996, la región ocupa el primer lugar en términos de incidencia de SIDA notificada, en comparación con el resto del hemisferio occidental. (5)

Durante los años de 1982 a 1996 la incidencia anual aumentó gradual y constantemente. Desde 1993 los países miembros de CAREC han notificado más de mil casos de SIDA sobre una base anual. En 1996 sus miembros informaron a CAREC de 1,762 casos de SIDA. Para el periodo de 1985-1990, el tiempo de duplicación de los casos de SIDA estaba entre dos a cuatro años. Considerando el periodo de 1991 a 1996, el tiempo de duplicación de los casos de SIDA es mayor a los cinco años.

\* Anguilla, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Bermuda, Belice, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, St. Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Turcos y Caicos y Surinam.

**FIGURA 1**  
*Tasas de incidencia anual de SIDA en las Américas*  
*(por millón)*  
*Tres grandes subregiones*  
*1982-1992\**

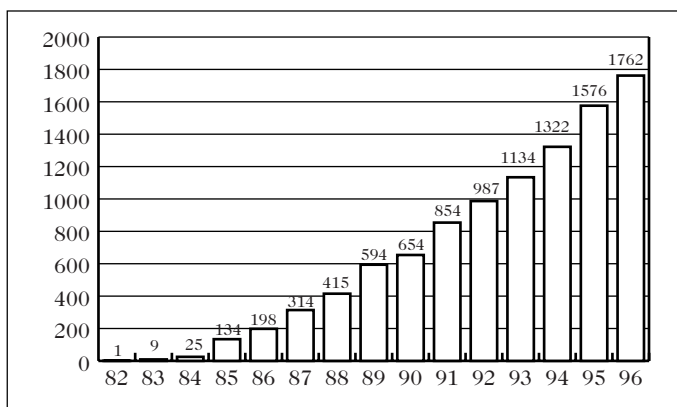


Fuente: Vigilancia sobre SIDA en las Américas. Informe semestral actualizado al 10 de diciembre de 1997.

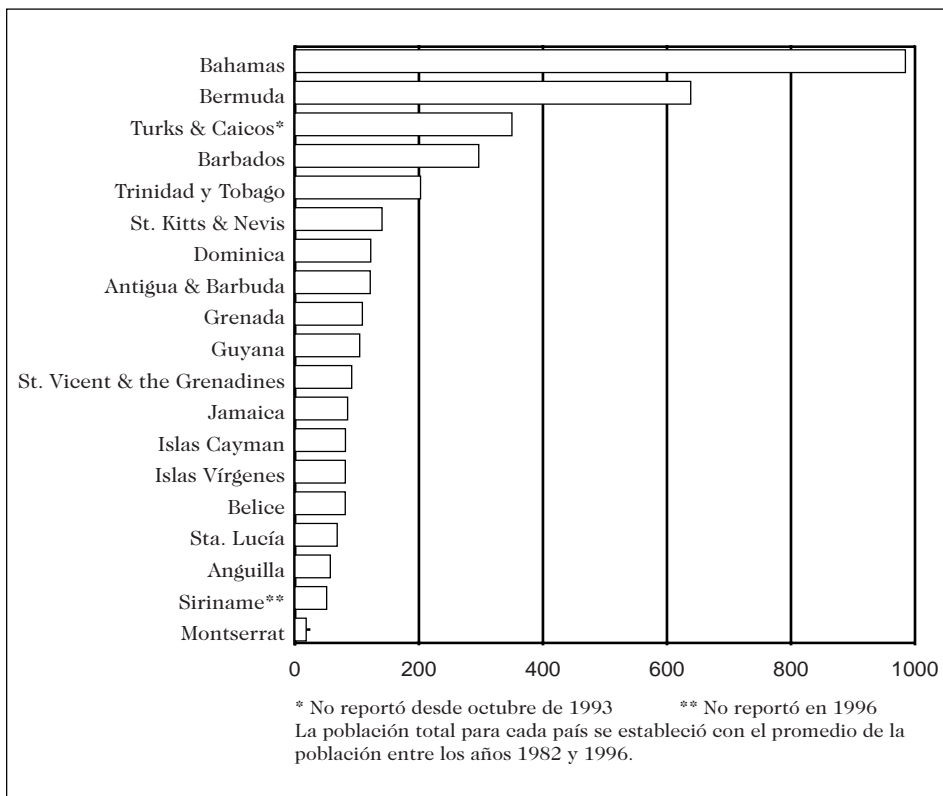
\*1996 informes están incompletos debido al retraso en la notificación.

En 1996 la incidencia anual de SIDA más alta (más de 20 casos de SIDA por cada 100 mil habitantes) se observó en los siguientes países: Bahamas 146.6; Bermuda 66.0; Barbados 50.3; Trinidad y Tobago 33.4, y Jamaica 22.3.

**FIGURA 2**  
*Incidencia anual de casos de SIDA en los países miembros de CAREC*



**FIGURA 3**  
**Casos de sida acumulados notificados por los países miembros de CAREC**  
**1982-1996**  
**Tasa por 100 mil habitantes**

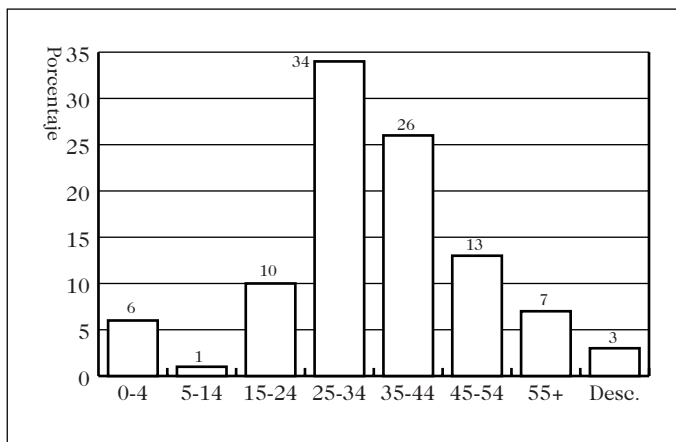


Desde el inicio de la epidemia de SIDA hasta finales de 1996, más del 50% de los países miembros de CAREC tiene una tasa acumulada de más de 100 casos de SIDA por cada 100 mil habitantes (Figura 3).

***Distribución por edad de los casos de SIDA notificados***

El 70% de los casos se diagnostica entre los 15 y los 44 años, de los que el 50% es entre los 25 y los 34 años. Tomando en cuenta el periodo de incubación de la infección por VIH hasta el desarrollo de la enfermedad del SIDA, esta situación corresponde en muchos casos a una infección por VIH temprana, en la que el 50% de las infecciones por VIH ocurren entre adolescentes y adultos jóvenes (entre 15 y 24 años). Esto convierte a los pre-adolescentes, a los adolescentes y a los adultos jóvenes en objetivos importantes para la educación sobre SIDA.

**FIGURA 4**  
*Distribución por grupo de edad de los casos de SIDA notificados por los países miembros de CAREC 1982-1996*



### Categoría de transmisión

#### *Transmisión heterosexual*

Tomando en cuenta los casos de SIDA acumulados así como la incidencia anual, para fines de 1996 el modo de transmisión del VIH predominante en el Caribe era el sexual (75%), y específicamente heterosexual (63%).

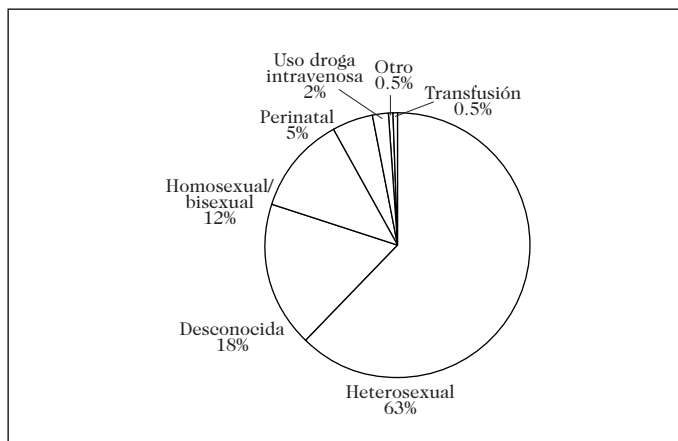
La transmisión heterosexual representa el 90% de los casos entre la población femenina, y el 52% entre la población masculina, con algunas excepciones: 44% en Jamaica y 35% en Antigua y Barbuda. A lo largo de la región el incremento en el número de casos de SIDA en hombres es paralelo al aumento en el caso de las mujeres.

En Surinam y el Caribe angloparlante, la razón hombre-mujer de casos acumulados de SIDA es de 2:1. En varios países la razón es más alta: 3:6 en Dominica; 3:3 en Barbados, y 2:4 en Trinidad y Tobago. Esto subraya el hecho de que el VIH/SIDA continúa siendo una enfermedad masculina y que existen varias subepidemias mezcladas en esta región (epidemias homo/bisexual y heterosexual).

#### *Transmisión perinatal*

La transmisión perinatal es el resultado de la infección por VIH entre las mujeres. La transmisión de madre a hijo representó en 1996 el 5% de los casos acumulados de SIDA notificados en el Caribe. Esta categoría parecería estar subrepresentada debido a que en muchos casos de muerte temprana de bebés el diagnóstico de SIDA es difícil de establecer. Pero esto podría explicarse también por el alto nivel de uso de anticonceptivos entre mujeres en edad de procrear.

**FIGURA 5**  
Casos de SIDA por categoría de exposición en los países miembros de CAREC



#### ***Transmisión a través de la sangre y productos sanguíneos***

La transmisión a través de la sangre y de los productos sanguíneos representó el 0.5% del total de casos de SIDA entre 1982 y 1996. Esto señala claramente que en cuanto a la transmisión del VIH esta ruta está bajo control. Este control requiere un esfuerzo sostenido mediante la aplicación continua de cuestionarios de preselección para eliminar a donadores potenciales de sangre de alto riesgo de infección por VIH, y asegurando un tamizaje constante del VIH en la sangre donada. Lo anterior, aunado a la observancia de las Precauciones Universales, evitará la transmisión del VIH a los trabajadores de la salud durante las intervenciones médicas que entrañan procedimientos invasivos y la manipulación de sangre o productos sanguíneos.

#### ***Transmisión por medio de drogas intravenosas***

Entre los países miembros de CAREC, la transmisión del VIH por drogas intravenosas oscila del 0% al 2%, con excepción de Bermuda, en donde representa el 43% del total de los casos de SIDA reportados. Será importante incluir otras conductas de abuso de sustancias en el sistema de vigilancia, en vista de su impacto negativo en el comportamiento de las personas en cuanto a la protección contra el VIH.

#### ***Transmisión por contactos entre hombres***

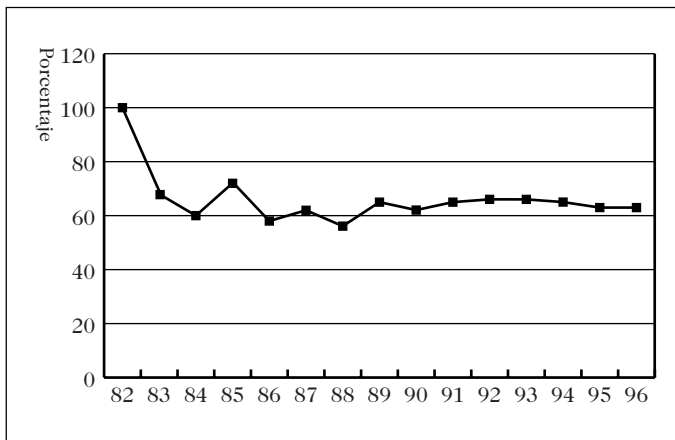
A principios de la epidemia, ésta era la ruta más importante de transmisión del VIH. Pero a partir de 1986 se convirtió en la segunda ruta de transmisión, lejos de la ruta heterosexual. El contagio de "hombre a hombre" es limitado en números absolutos y representa solamente el 12% del total de los casos reportados de SIDA. Pero debido a la fuerte discrimi-

nación social, cultural y legal hacia este grupo, la información disponible está aparentemente subestimando la carga de la enfermedad en el grupo de homo-bisexuales.

***Categoría de transmisión desconocida***

El porcentaje de la categoría de transmisión desconocida asciende al 18% del total acumulado de casos de SIDA notificados por los países miembros de CAREC. Esto varía de país a país, y hay países en los que representa el 50% de los casos de SIDA. Esto puede impactar en la exactitud de los factores de riesgo asociados a la transmisión del VIH, puede desviar el proceso de planeación para mejores intervenciones en salud pública.

**FIGURA 6**  
*Muertes en los casos de SIDA (letalidad) notificados por los países miembros de CAREC*



**Mortalidad por SIDA**

La tasa de letalidad en los casos de SIDA es elevada, 63% en 1996, y en los últimos diez años ha evolucionado del 56% al 66%. En muchos casos, el SIDA es la causa de muerte más importante entre hombres adultos de 20 a 44 años. Esta tasa tan alta de muertes se debe a la ausencia de una conducta temprana que tienda a la salud entre los individuos infectados por el VIH (la mayoría de los pacientes son atendidos ya en una etapa muy tardía de la enfermedad), así como a una serie de filtraciones de información médica sobre los pacientes que puede conducir a cualquier tipo de discriminación y estigmatización en las instituciones de salud y en la sociedad en general (Figura 6).

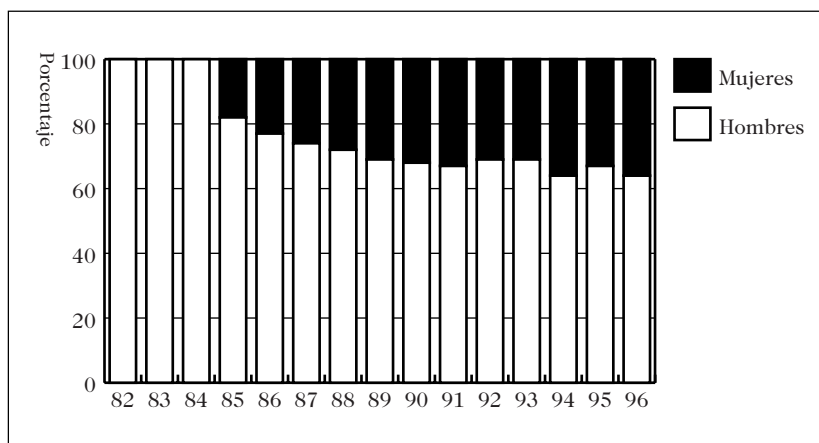
## Tendencia y estatus del SIDA entre grupos específicos

### Mujeres

De 1982 a 1984, el 100% de los casos se presentaba en el grupo de hombres homo/bisexuales. Pero desde 1985 a fines de 1996, se observa una tendencia decreciente y hasta esa fecha el 36% de los casos se reportan entre mujeres (Figura 7).

A la fecha, los países miembros de CAREC se encuentran entre aquellos con una incidencia muy alta de casos de SIDA entre mujeres en el hemisferio occidental. La razón por sexo en los casos anuales notificados a CAREC ha cambiado considerablemente desde 1982 a 1996, y para la década de 1985 a 1996, en el nivel regional se desarrolló continuamente entre 4 y 2 hombres a 1 mujer. Esta tendencia varía de país a país, pero en todas partes se observa una tendencia a la alza en los casos de SIDA entre mujeres. De 1985 a 1996, el número absoluto de casos femeninos se ha incrementado 28 veces, llegando a 589 en 1996. Las tendencias del desarrollo muestran que del 16% de los casos anuales de SIDA en 1985, los casos de SIDA en mujeres llegaron al 34% de los casos anuales en 1996. Comparados con los casos de SIDA masculinos, los casos femeninos se ubican predominantemente sólo en el grupo de 15 a 19 años. La revisión de la información sobre edad en todos los casos de SIDA notificados señala que la edad media de un caso masculino es entre los 35 y 39 años, en tanto que aquella de un caso femenino se ubica entre los 30 y 34 años. Esto subraya el hecho de que, en el Caribe, las mujeres jóvenes y las adolescentes tienen mayores probabilidades de exponerse a la infección del VIH. La mayor parte de los casos de SIDA femeninos se encuentran en grupo de edad de los 24 a los 44. En 1994 el SIDA era la causa de muerte más importante entre mujeres en el Caribe, después del cáncer de mama.

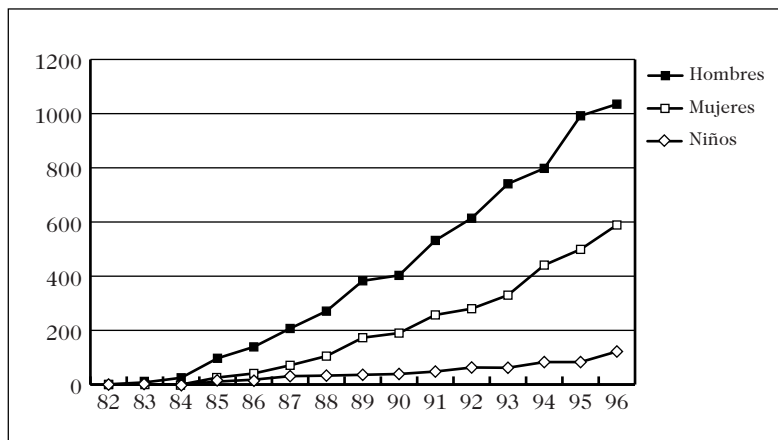
FIGURA 7  
Porcentajes de hombres y mujeres en los casos de SIDA notificados  
por los países miembros de CAREC  
1982-1996



### Niños

Como consecuencia de la transmisión heterosexual y del aumento en los casos de SIDA femenino notificados, se observa una tendencia al alza de casos de SIDA entre los niños que viven en el Caribe. De 1985 a 1996, los niños menores de 15 años representaron el 6.4% de los casos acumulados de SIDA, y el 6.9% de la incidencia anual de SIDA en 1996 (Figura 8). Esta persistente tendencia es un problema de salud pública no sólo por su impacto negativo directo sobre la salud de los niños sino también por su impacto negativo indirecto sobre los logros de los programas de salud materno-infantil de la región.

FIGURA 8  
Casos de SIDA notificados en hombres, mujeres y niños  
por los países miembros de CAREC



### Situación del VIH en el Caribe

La vigilancia del SIDA es valiosa para estimar las cargas reales de la enfermedad, ayuda a la planeación institucional y en la comprensión de sus implicaciones económicas, pero es urgente que los especialistas en salud pública y los epidemiólogos del Caribe dirijan sus esfuerzos a la vigilancia del VIH. Una mayor vigilancia sobre el VIH dará cuenta con mayor exactitud de la dinámica de la epidemia entre la población general o las subpoblaciones de mayor riesgo en la región. Es importante también que los tomadores de decisiones se comprometan a apoyar los sistemas de vigilancia del VIH existentes que en la actualidad dependen completamente de donaciones.

Para los propósitos de vigilancia y evaluación de tendencias sobre la infección por VIH en grupos centinela, existe una definición de caso y corresponde al criterio aplicado por la Organización Mundial de la Salud en países con baja seroprevalencia de VIH en la población en general (menor al 10%). La definición de caso de VIH requiere de repetidos exámenes reactivos para anticuerpo del VIH por dos tipos diferentes de pruebas.

## Epidemiología molecular: subtipos del VIH

Dos estudios de epidemiología molecular realizados en el Caribe (Trinidad y Tobago y Jamaica) han mostrado que el subtipo B (7,8) del VIH-1 es el subtipo de mayor incidencia. Este corresponde al que generalmente ha sido aislado en Estados Unidos y Europa Occidental y que parece estar más asociado a otras formas de transmisión (usuarios de drogas intravenosas, contacto homosexual) que a la transmisión heterosexual que se observa en el Caribe.

Se requiere de más estudios sobre epidemiología molecular de los subtipos del VIH en toda la región, relacionados con el comportamiento y las características socioeconómicas de las personas infectadas portadoras del virus, para pavimentar el camino hacia el desarrollo de una vacuna para esta subregión.

## Tendencias del VIH entre las mujeres

### *Infección por VIH entre mujeres embarazadas*

La información sobre vigilancia del VIH reunida en 1993-1994 de diferentes clínicas materno infantiles de mujeres embarazadas, mostró variación en la frecuencia y tendencias. Los primeros datos recogidos de este grupo a través de vigilancia centinela en Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Montserrat, arrojó una frecuencia baja (<1.0%). Este no fue el caso de Guyana, en donde la tasa de seroprevalencia fue de 3.7% entre mujeres embarazadas en 1992-1993. (9)

En los países en los que se han repetido las encuestas anónimas y no ligadas sobre seroprevalencia (Jamaica y Trinidad), se observó un aumento en las tendencias del VIH en un contexto general de baja frecuencia.

En los países en donde se realiza la prueba voluntaria del VIH entre embarazadas, como Bahamas, Barbados y las Islas Caimán, no se observó una tendencia clara debido esencialmente al hecho de que la voluntad de la mujer embarazada para participar en esta encuesta varía de país a país, e incluso de clínica a clínica prenatal en el mismo país.

### *Resultados de las encuestas anónimas y no ligadas*

*Guyana.* Durante la encuesta de 1992-1993 entre las asistentes de una clínica prenatal, se seleccionó y examinó para VIH, en forma anónima y no ligada, una de cada diez muestras de sangre que llegaron al Laboratorio Nacional para examen de VDRL. Se seleccionó un total de 411 muestras y 15 de ellas resultaron VIH positivas (3.65%).

*Montserrat.* En 1994-1995, se realizó el tamizaje de una cohorte anual nacional de mujeres embarazadas sobre la base de examen anónimo y no ligado para VIH, utilizando la sangre recogida para prueba de rutina de sífilis. El estudio incluyó un total de 203 mujeres embarazadas, de las cuales dos resultaron VIH positivas. La tasa de frecuencia fue de 0.99% (2/203).

*Santa Lucía.* En 1994-1995, en todo el país se realizó el tamizaje de una cohorte de 18 meses de mujeres embarazadas sobre la base de examen anónimo y no ligado para VIH, utilizando la sangre recogida para prueba de rutina de sífilis. El estudio incluyó un total de 849 mujeres embarazadas, de las cuales una resultó VIH positiva. La tasa de frecuencia fue de 0.12% (1/849).

*San Vicente y las Granadinas.* En 1994-1995, en todo el país se efectuó el tamizaje de una cohorte bianual de mujeres embarazadas sobre la base de examen anónimo

y no ligado para VIH, utilizando la sangre recogida para prueba de rutina de sífilis. El estudio incluyó un total de 4,613 mujeres embarazadas, de las cuales 23 resultaron VIH positivas. La tasa de frecuencia fue de 0.50% (23/4,613).

*Trinidad y Tobago.* Durante 1990, 1991-1992 y 1995-1996 se llevaron a cabo en todo el país tres estudios de corte transversal (anónimos y no ligados) entre mujeres embarazadas utilizando la misma metodología, con la sangre recogida para prueba de rutina de sífilis. Durante el periodo de 1990 a 1996, se encontró que la frecuencia de VIH aumentó de 0.3% a 0.6% a 1.0% en los tres estudios, respectivamente. Las tasas de prevalencia específica por edad en mujeres menores de 25 años aumentaron de 0.95% a 1.5% entre 1991 y 1995.

### ***Resultados de las pruebas voluntarias en mujeres embarazadas***

*Bahamas.* A partir de 1993 se introdujo en todo el país el tamizaje de VIH en mujeres embarazadas sobre una base voluntaria y de rutina, y los resultados de la cohorte anual se analizan y publican. Para 1993 la seroprevalencia fue de 4.8% (187/3,899), en 1994 fue de 4.2% (135/3,209), y en 1995 fue de 3.6% (127/3,505).

*Barbados.* Desde 1991 el tamizaje para VIH, voluntario, no anónimo y ligado, en mujeres embarazadas se lleva a cabo sobre una base de rutina. El nivel de participación de las mujeres en esta actividad de vigilancia varía mucho de clínica a clínica prenatal. Este es un factor limitante para cualquier interpretación de los resultados observados. La seroprevalencia fue del 2% en 1991, del 1.2% en 1992, del 0.8% en 1993, del 0.9% en 1994, del 1.8% en 1995, y del 1.0% en 1996.

*Islas Caimán.* El examen del VIH de rutina, en todo el país, de una cohorte anual de mujeres embarazadas, voluntario, mostró tasas de frecuencia del 0% en 1991 (0/540) y 1992 (0/590), 0.17% en 1993 (1/567), 0.16% en 1994 (1/620), y del 0% en 1995 (0/628).

### ***Infección por VIH entre trabajadoras sexuales***

Debido a la naturaleza ilegal de la prostitución en el Caribe, resulta difícil calcular el alcance del trabajo sexual comercial, lo que debe tomarse en consideración al interpretar los resultados que provienen de estudios sobre esta materia. Deberá concluirse que en los tres países en donde se realizaron estudios de seroprevalencia, la tasa de frecuencia está por arriba del 10%. A continuación se muestran los resultados de algunos estudios de prevalencia efectuados entre trabajadoras sexuales.

*Trinidad y Tobago.* En junio de 1988 se inició un estudio entre mujeres en Puerto España, Trinidad. Se registraron en el estudio 226 trabajadoras sexuales, de las cuales el 13% era VIH positivo. Las trabajadoras sexuales de la calle tuvieron mayores probabilidades de resultar VIH positivas que las que trabajaban en burdeles.

*Jamaica.* La frecuencia de VIH entre las trabajadoras sexuales en la capital (Kingston) permaneció en el mismo nivel, 12% en 1989, 11% en 1994-1995. En St. James, el tamizaje de las trabajadoras sexuales (31% de las cuales son adictas a la cocaína) mostró una frecuencia del 22% en 1994-1995.

*Guyana.* Un estudio sobre seroprevalencia realizado por Bunya, Sharma y colaboradores en 1989 entre trabajadoras sexuales mostró una tasa del 43.14% (22/51). En 1993 Carter y colegas llevaron a cabo un estudio en este grupo hallando una seroprevalencia del 25% (27/108).

### *Infeción por VIH entre adictas a la cocaína*

Durante 1990-1991 en Bahamas se realizó un estudio de prevalencia del VIH en este grupo y la tasa fue del 44.4%. Esto puede indicar que otras drogas pueden tener un impacto negativo indirecto en las conductas de protección contra la infección por VIH.

En resumen, de la información disponible actualmente sobre la frecuencia del VIH se puede concluir que existe una frecuencia baja ( $\leq 1$ ) de infección por VIH entre las mujeres embarazadas, con la excepción de Guyana. Pero se observa una tendencia al alza en los países en los que se llevaron a cabo encuestas anónimas y no ligadas. Las adictas a la cocaína así como las trabajadoras sexuales muestran una prevalencia más alta de infección por VIH.

### *Infeción por VIH entre donadores de sangre*

De acuerdo con la información notificada entre 1988 y 1996 por los países miembros de CAREC sobre la infección por VIH entre donadores de sangre (Cuadro 1), la tasa de frecuencia de VIH permaneció moderada. Esto puede explicarse por la utilización de cuestionarios de preselección y el reclutamiento y conservación de donadores de sangre regulares en los países miembros de CAREC. Comparando los diferentes países, la tasa de frecuencia de VIH aumenta en la mayoría de ellos y fluctúa en San Vicente y las Granadinas. La tasa de frecuencia de VIH no corresponde, en muchos casos, a los reportes de SIDA. Pero puede considerarse como un útil método de monitoreo de la frecuencia de VIH en la población en general, específicamente en los países en los que hay un gran subregistro de casos de SIDA (por ejemplo, Guyana: baja notificación de casos de SIDA debida al gran subregistro, *versus* alta frecuencia de VIH entre donadores de sangre: 3.2% en 1997, y mujeres embarazadas: 3.6% en 1992-1993).

*CUADRO 1*  
*Infeción por VIH entre donadores de sangre*  
*en los países miembros de CAREC seleccionados*

País	Año	Porcentaje
San Vicente y Las Granadinas	1992	0.20
	1993	0.40
	1994	0.10
Guyana	1989	0.90
	1993	1.30
	1995	1.50
	1997	3.20
Jamaica	1989	0.10
	1997	0.40
Barbados	1990	0.18
	1992	0.26
	1994	0.32

### Infeción por VIH entre pacientes de ETS

A partir de varios estudios realizados en el nivel internacional, se ha podido establecer una estrecha relación entre las Enfermedades de Transmisión Sexual “tradicionalmente” ulcerativas, así como en las no ulcerativas, y la transmisión del VIH (10). Los estudios sobre seroprevalencia al VIH de los países miembros de CAREC, realizados en este grupo de alto riesgo en diferentes países muestran tasas variables en un contexto general de una tasa alta de frecuencia de infección por VIH (Cuadro 2).

CUADRO 2  
Frecuencia del VIH en Enfermedades de Transmisión Sexual  
en los países miembros de CAREC

Año	No.	Área	% Positivo
<i>Trinidad y Tobago</i>			
1988	2019	POS	3.0
1991	1606	POS	13.6
1994	251	SF	3.2
1995	302	SF	6.0
1996	479	SF	5.8
<i>Guyana</i>			
1992	ND	País	13.1
1993	ND	País	6.6
1995	ND	País	Mujeres 6.6 Hombres 21.0
<i>San Vicente y Las Granadinas</i>			
1992	ND	País	1.2
1993	ND	País	1.4
1994	ND	País	2.6
1995	ND	País	2.0
<i>Bahamas</i>			
1991	ND	País	8.5
1992	ND	País	13.6
1993	ND	País	9.2
1994	ND	País	3.3
1995	ND	País	7.2
POS Puerto de España SF San Fernando ND No disponible			

## Conclusión

La reciente clasificación de la epidemia de VIH introducida por ONUSIDA/Banco Mundial sugiere que hay tres categorías:

- La epidemia de VIH naciente corresponde a una situación en la que la tasa de frecuencia de VIH es menor del 5% entre los grupos de alto riesgo (homo/bisexuales, trabajadores sexuales, usuarios de drogas intravenosas, etcétera).
- La epidemia de VIH concentrada corresponde a una situación en la que la tasa de frecuencia de VIH es mayor o igual al 5% entre los grupos de alto riesgo, y menor del 5% en los subgrupos de la población general (por ejemplo, embarazadas).
- La epidemia de VIH generalizada corresponde a una situación en la que la tasa de frecuencia de VIH es mayor del 5% en los subgrupos de la población general (por ejemplo, embarazadas).\*

Utilizando esta clasificación internacional, el análisis epidemiológico de los casos de SIDA notificados a CAREC y la información disponible sobre la frecuencia del VIH entre las diferentes subpoblaciones revela que la mayoría de los países miembros de CAREC se encuentran entre los países con una epidemia de VIH concentrada. Solamente Guyana y Turcos y Caicos se hallan entre los países con una epidemia de VIH generalizada, y actualmente ninguno de los países miembros de CAREC se clasifica entre los países con una epidemia de VIH naciente.

La epidemia de VIH/SIDA que fue introducida al Caribe como una enfermedad típica en hombres homo/bisexuales alcanzó rápidamente a la población femenina en muchos casos. Esta situación es el resultado de los patrones sexuales prevalecientes en el Caribe (múltiples compañeros sexuales y contacto sexual frecuente), tabúes y problemas socioculturales, legales y religiosos (represión de la orientación y el comportamiento sexuales con individuos del mismo género, baja apreciación del uso del condón, machismo y dominio masculino durante el acto sexual y marginación social). En esta región todos estos patrones se ven exacerbados por la existencia de una tasa muy alta de migración interna y externa.

En términos de una caracterización posterior de la epidemia del VIH/SIDA en el Caribe, los puntos a subrayar son el hecho de que ésta se está volviendo cada vez más joven, y que su feminización es un factor creciente con el resultado subsecuente de la verticalización de la epidemia y cada vez más bebés que nacen infectados por el VIH.

En este punto en el tiempo, después de más de 15 años de epidemia de VIH/SIDA, las prioridades y estrategias que se pongan en práctica en el Caribe deben tener una base más amplia. La información epidemiológica deberá complementarse con datos sobre conducta y otros temas relacionados con los derechos humanos, el acceso a servicios de salud y de apoyo, y el nivel de no discriminación de las minorías y las personas que viven el VIH/SIDA. Deberán desarrollarse nuevas estrategias y programas tales como consejería y tamizaje voluntario y confidencial, la prevención de la transmisión vertical madre-hijo del VIH, servicios de consejería de apoyo mejorados y accesibles para complementar las estrategias ya existentes: la prevención de la transmisión del VIH por medio de la sangre y de los productos sanguíneos, vigilancia del VIH/SIDA que incluya vigilancia de la conducta, intervenciones dirigidas para cambiar conductas en grupos prioritarios.

\* (Nota del Editor General: existen propuestas más recientes de que el punto de corte para considerar una epidemia como generalizada es de 1% en muestras representativas de mujeres embarazadas. Para mayor detalle véase el capítulo "Avances en la comprensión del VIH/SIDA".)

Es importante también mencionar que a pesar del progreso alcanzado en términos de terapias anti-retrovirales, que no son accesibles a la mayoría de los pacientes con VIH/SIDA en el Caribe, bajo las circunstancias actuales, en las que los cambios en las conductas así como en las normas socioculturales, legales y religiosas se están tardando mucho tiempo en ocurrir, el descubrimiento de una vacuna efectiva contra el VIH se espera con anhelo.

## Referencias

1. Narain PJ, Hull B, Hospedales C J, Mahabir S and Basset CD. *Epidemiology of AIDS and HIV Infection in the Caribbean. AIDS Profile of an Epidemic*, PAHO/WHO Scientific Publication, 1989; 514: 61-72.
2. UNAIDS/WHO: *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. December 1997.
3. Wagner U, Camara B. *More Effective HIV Prevention Through Strengthening of Epidemiological Surveillance in the Caribbean*. Congress of the German Society for Tropical Medicine, Sept. 24-27,1997. Heidelberg, Germany.
4. Mann J, Tarantola DJM, Netter WT. *AIDS in the World: A Global Report*. Harvard, University Press, 1992; 16-17.
5. Pan American Health Organisation/World Health Organisation. *AIDS Surveillance in the Americas. Quarterly Report: Update 10*, December 1997.
6. Camara B. *HIV/AIDS Surveillance Systems in the English Speaking Caribbean and Suriname. Diagnosis and Recommendations*. Paper presented during the MAP/UNAIDS Meeting, Rio de Janeiro, Brasil, November, 1997.
7. Figueroa P. *Personal Communication on the Results of the HIV Subtyping in Jamaica*, 1997.
8. Bartolomew C. *Personal Communication on the Results of the HIV Subtyping in Trinidad and Tobago*, 1997.
9. Camara B. *HIV Heterosexual Transmission in the English Speaking Caribbean and Suriname*. Paper Presented during the MAP/UNAIDS Meeting, Rio de Janeiro, Brasil, November, 1997.
10. *Population Reports, Controlling Sexually Transmitted Diseases, Issues in World*. Health Series L. Number 9. John Hopkins School of Hygiene and Public Health, June 1993, Vol. XXI, Number 1:6.
11. CAREC *Annual Report*, 1996;46-55.
12. CAREC *Annual Report*, 1997; 44-63.
13. Blount S, Camara B, de Groulard M, O'Neil C, Russell-Brown P, Wagner U. *Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic, the Caribbean Situation*. Paper Presented during the Satellite Symposium organised by AIDSCAP/Family Health International, Harvard School of Public Health and UNAIDS, The XI International Conference on AIDS, Vancouver, Canada, July, 1996. CAREC Annual Report, 1997; 44-63.
15. Gómez P. Prevención del SIDA pediátrico, XI Congreso Latino Americano de Enfermedades de Transmisión Sexual: Programa Final - Simposio B56 1997, 52.
16. De Groulard M, Wagner U, Camara B, et. al. *Analysis of the HIV/AIDS Situation in the English Speaking Caribbean*. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
17. Camara B, Wagner U, de Groulard M, et. al. *Evaluation of STD/HIV/AIDS Surveillance Systems in 5 Caribbean Countries*. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.

SECCIÓN III  
IMPACTO ECONÓMICO DEL VIH/SIDA\*

\* El Dr. Pedro Chequer es el coeditor de esta sección



## ECONOMÍA Y SIDA EN AMÉRICA LATINA

*Jorge Saavedra*

### Introducción

*Bridging the Gap*, o *Construyendo puentes sobre la brecha*, fue el lema que se eligió para la XII Conferencia Internacional sobre SIDA en Ginebra. En realidad la palabra *brecha* tiene varios significados: uno se refiere a la brecha que existe entre el nivel científico y el comunitario; otro al hecho de vivir en comunidades con escasos recursos y la brecha que separa al norte del sur (1). Es decir, después de que la Conferencia de Vancouver de 1996 afirmaba *Un mundo, una esperanza*, en 1998 se reconocía, por fin, que hay varios mundos, y que la esperanza aún se ve muy lejana en muchos de ellos. En pocas palabras, el factor *economía* de los individuos y de las naciones es el que está marcando esta gran brecha.

A pesar del lema que definió a la Conferencia y de la referencia económica implícita, en realidad de los 6,181 resúmenes registrados\* sólo 84 (1.36%) se referían en su título a aspectos económicos financieros, de costos y gastos, y únicamente 7 (0.1%) de éstos provenían de países latinoamericanos; a ellos se hará referencia posteriormente.

Los argumentos y cuestionamientos que se plantearon y discutieron a lo largo de la conferencia en las escasas mesas referentes al tema económico, abordaron en gran medida las preguntas siguientes: ¿cuánto cuesta a un país pagar por los medicamentos anti-retrovirales (ARV)? ¿Deben o no los países en desarrollo pagar por los ARV? ¿Pueden hacerlo? ¿Qué medidas se deben tomar antes de adoptar una política de provisión de los ARV? ¿Qué países ya lo están haciendo y cuánto se está gastando? ¿Cuánto costaría a nivel mundial proveer de ARV a todos? ¿Deben los países ricos ayudar a que se provean ARV en los países en desarrollo?

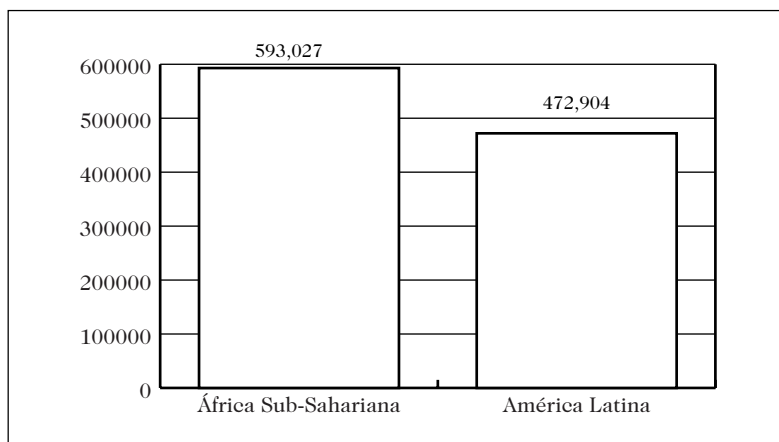
Por otro lado, algo que se dio por hecho es que en materia de prevención es indiscutible que tanto los países del norte como los del sur deben invertir y hacer grandes esfuerzos por contener la epidemia, y que es en este último punto en donde existe absoluto acuerdo en los países desarrollados por proveer asistencia técnica y financiera a los menos desarrollados, con el fin de tratar de disminuir los índices de crecimiento de la epidemia. Este último punto se refleja en el hecho de que el Banco Mundial y las diferentes agencias de desarrollo de los países ricos están autorizando préstamos y donaciones para estructurar programas enfocados a este fin para las naciones menos desarrolladas.

\* Merck-Sharp and Dome, "Abstracts on Disk". XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, Suiza, julio 28-julio 3, 1998.

### América Latina, región en desarrollo

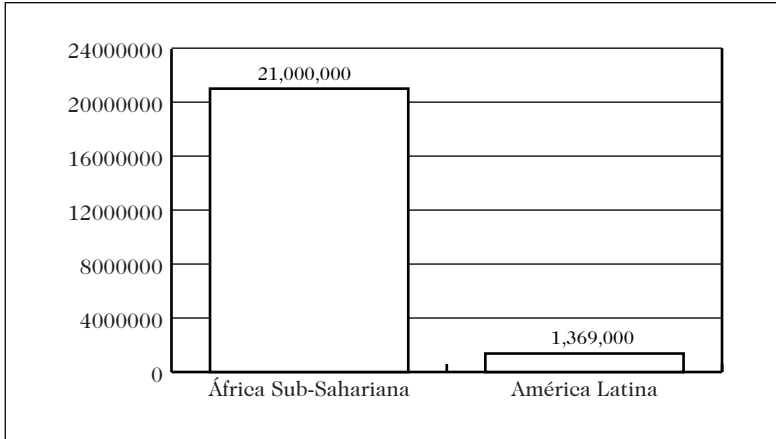
Aun dentro del mundo en desarrollo existen importantes brechas, no sólo las que se dan por razones de inequidad entre los individuos, sino también en forma más global, las que se presentan entre regiones. América Latina está constituida por diecinueve países,\* es una región en desarrollo; sin embargo, en términos de la epidemia de VIH/SIDA y del tamaño de su economía, dista mucho de parecerse a lo que sucede en el África Sub-Sahariana. Esto se puede apreciar de una manera general en las siguientes gráficas.

*FIGURA 1\**  
*Población de África Sub-Sahariana y América Latina en 1997*  
*(miles de habitantes)*

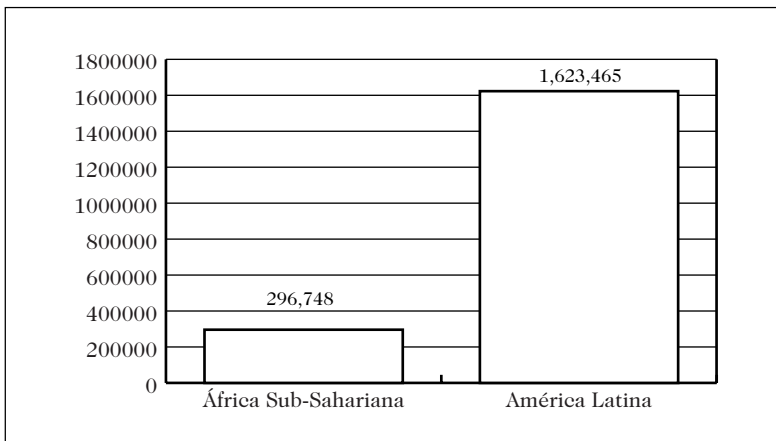


\* Los países que se consideran latinoamericanos para los fines de este capítulo son: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

*FIGURA 2*  
*La brecha en la epidemia. Estimación de personas que viven con VIH (fines de 1997)*



*FIGURA 3*  
*La brecha económica. PIB de ambas regiones en 1995 (millones de USD)*

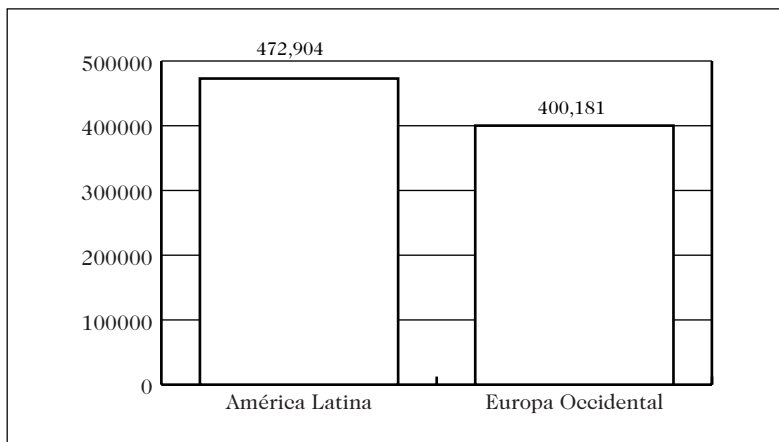


Como se puede observar, en términos porcentuales podemos decir que la economía del África Sub-Sahariana es sólo el 18% (una quinta parte) de la latinoamericana, pero el tamaño de su epidemia es 16 veces superior a la segunda.

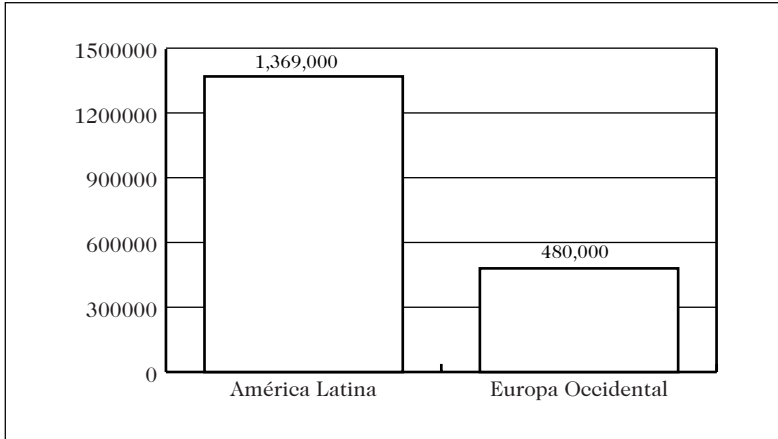
Debido a lo anterior, es posible pensar que las recomendaciones sobre políticas, tanto para la prevención como para la atención del VIH/SIDA, que se hagan a países en desarrollo no pueden ser idénticas, ya que la capacidad económica y la magnitud de la epidemia es significativamente diferente en el caso de estas dos regiones y, por lo tanto, la capacidad y profundidad de respuesta factible y deseable en uno y otro caso puede variar sensiblemente, y podría depender en gran medida no sólo de la concientización social de sus habitantes o de la voluntad política de sus tomadores de decisiones, sino también de la potencialidad de acceder a recursos económicos internos y externos que conviertan a las estrategias en sustentables y generadoras de impacto en materia de salud.

La prevalencia de la infección por VIH en adultos para el grupo de 19 países latinoamericanos es del 0.54%, lo que también representa sólo una pequeña fracción de la tasa del África Sub-Sahariana que es del 7.4%; sin embargo, cuando la comparación se realiza entre América Latina y Europa Occidental, encontramos imágenes similares en las brechas anteriores sólo que con regiones diferentes. La prevalencia, en este caso, es de más del doble que la de Europa Occidental: 0.23% (2) Por otro lado, la economía del subcontinente latinoamericano es sólo el 18% de la de Europa Occidental. (3) Es decir, la brecha económica entre África Sub-Sahariana y América Latina es similar a la de esta última con la de este grupo de países desarrollados en Europa.

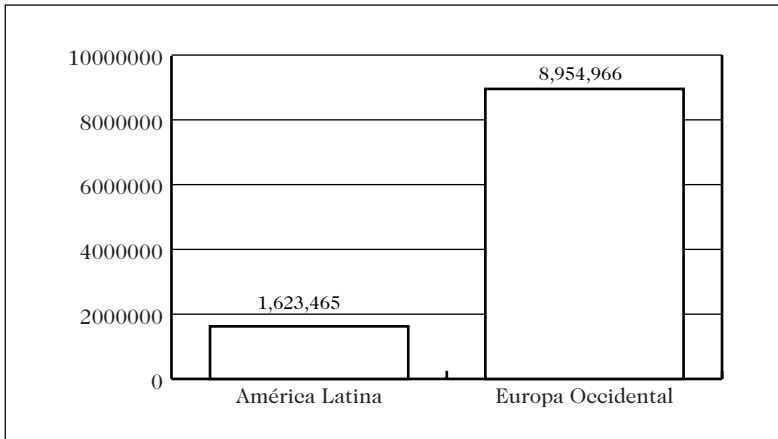
FIGURA 4  
Población de América Latina y Europa Occidental en 1997  
(miles de habitantes)



*FIGURA 5*  
*La brecha en la epidemia. Estimación de personas viviendo con VIH (fines de 1997)*



*FIGURA 6*  
*La brecha económica. Producto Interno Bruto en 1997 (millones de USD)*



## América Latina, región diversa

A pesar de que la región en general está clasificada como integrada por países de ingreso medio, hay algunas excepciones en materia económica, ya que dos países (ambos centroamericanos), Honduras y Nicaragua, en realidad entran en la categoría de bajo ingreso, con economías comparables a las de Senegal, Angola o Ghana, en el África Sub-Sahariana.

A continuación se muestra el mapa de ingresos de América Latina, según el informe del Banco Mundial de 1997.

MAPA 1\*

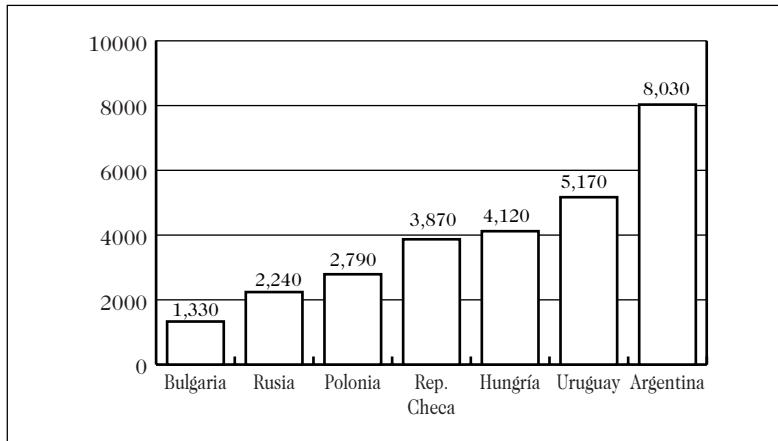
Mapa de América Latina de acuerdo con el nivel de ingreso en USD.  
PNB per cápita de 1995



\* El mapa fue sombreado de acuerdo con la clasificación que presenta el Banco Mundial en su Reporte de Desarrollo de 1997, que se basa en el Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita de 1995, en USD. Los países en blanco (Haití, Belice, Guyana, Surinam y Guayana Francesa) no se incluyeron en el análisis de este capítulo.

Así como en la región hay países tan pobres como Nicaragua y Honduras, sólo comparables con economías del Sub-Sahariana, también se da el otro extremo, en el que se encuentran Uruguay que con un PNB per cápita de USD\$5,170, y Argentina con \$8,030 USD pueden fácilmente superar los ingresos de los países de Europa del Este (Oriental) como Hungría, Checoslovaquia, Polonia, Rusia y Bulgaria, tal como se aprecia en la Figura 7.

FIGURA 7\*  
 PNB per cápita de países seleccionados de América Latina y Europa del Este  
 En USD, 1995



Los cambios y el rápido crecimiento de algunas de economías en el mundo en fechas recientes, incluyendo a las del sudeste asiático y América Latina, han provocado que los economistas utilicen menos el término *país en desarrollo* y lo sustituyan por el de *economías emergentes*; por supuesto, el cambio de régimen político-económico de Europa del Este también ha puesto en desuso los términos *primer, segundo y tercer mundos*. Hoy difícilmente se podría catalogar a Bulgaria como *segundo mundo* y a Argentina como *tercer mundo*.

Volviendo al enfoque epidemiológico del VIH, se puede señalar que aun cuando la tasa de prevalencia en la población adulta para la región es del 0.54%, ésta baja al 0.28% cuando la ajustamos a la población general. Tomando en cuenta esta última tasa, (4) el mapa latinoamericano ofrece otro panorama. Sin embargo, es posible considerar que Honduras, con la segunda tasa de prevalencia más alta en América Latina y por su bajo desarrollo económico con un PNB per cápita de \$600 USD en 1995, es el país que presenta las condiciones más difíciles para poder hacer frente a la epidemia con recursos internos. Nicaragua, por su parte, siendo el país más pobre de todos, con un PNB per cápita de sólo \$380 USD en el mismo

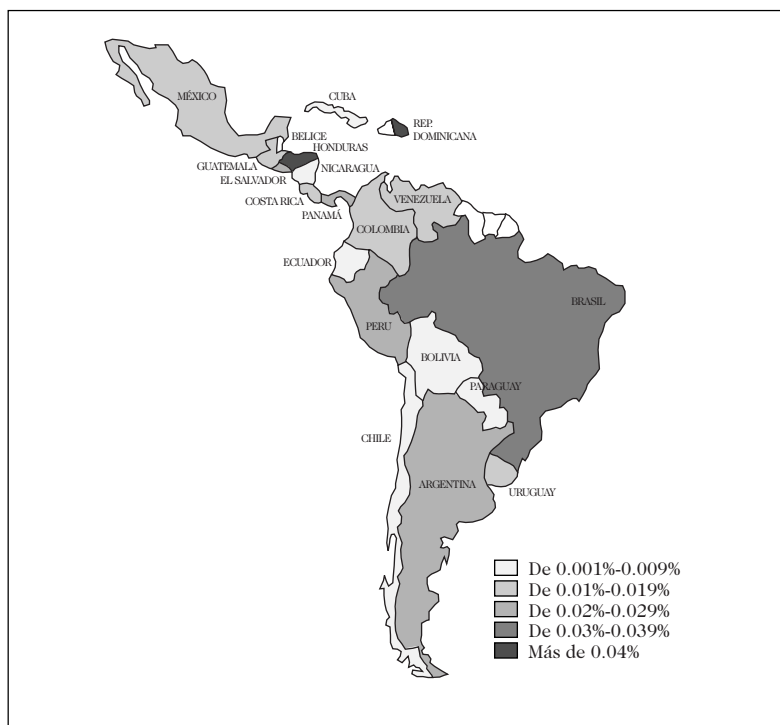
\* Total de personas que viven con VIH/total de habitantes de un país, con base en los datos y estimaciones publicadas por ONUSIDA en su Reporte de la epidemia global de VIH/SIDA, de junio de 1998.

año, todavía mantiene una de las prevalencias más bajas de VIH en el subcontinente. Por otro lado, la República Dominicana, país vecino de Haití, es la nación latinoamericana con la mayor tasa de prevalencia de la región aquí analizada, tomando en cuenta las personas con VIH/SIDA estimadas por ONUSIDA, y si nada más se toman en cuenta los casos reportados, ocupa el segundo lugar. Desde el punto de vista económico, en 1995 este país se ubicaba entre los de ingreso medio bajo con un PNB per cápita de \$1,460 USD.

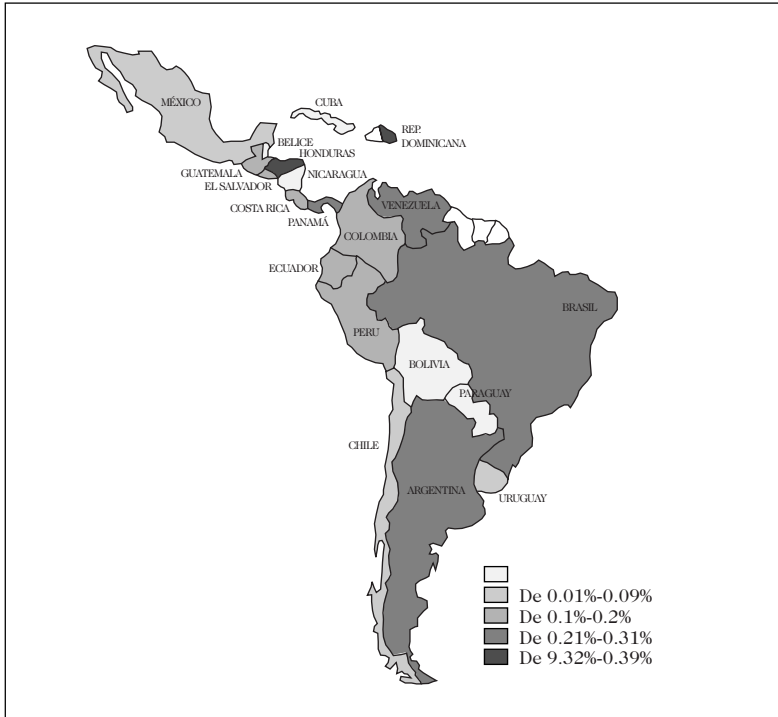
MAPA 2

Mapa epidemiológico.

Prevalencia de SIDA en la población general (1997).  
Con datos de casos de SIDA registrados y reportados  
por los países a la OMS/OPS (4)

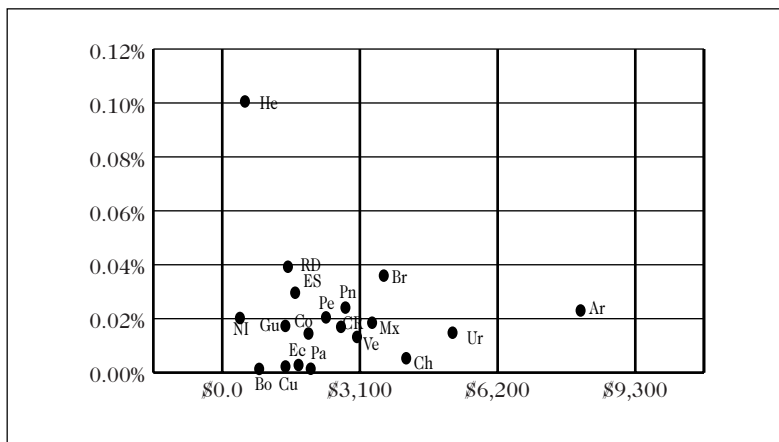


MAPA 3  
Mapa epidemiológico  
Prevalencia de VIH/SIDA en la población general.  
Con datos de PVIH/SIDA estimados por ONUSIDA, 1997

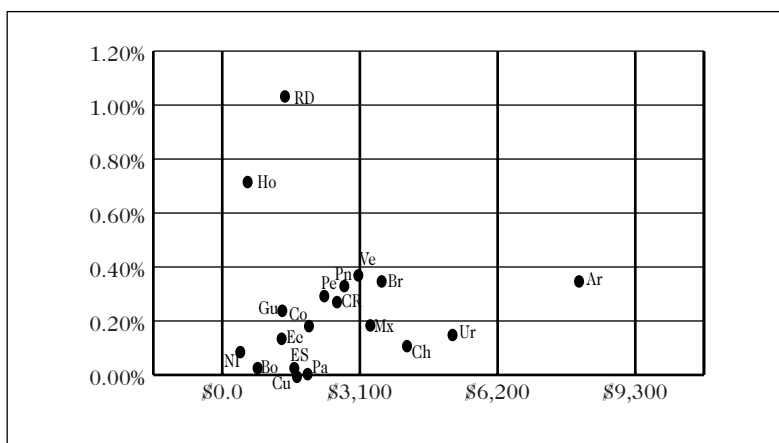


Una combinación de los datos de los mapas anteriores se puede observar mejor en las matrices de dispersión (Gráficas 8 y 9); sin embargo, éstas no señalan ninguna tendencia clara, ya que los países de ingresos más bajos tienen, a la vez, las tasas más altas como las más bajas de la epidemia.

**FIGURA 8**  
 Dispersión de valores entre tasa de prevalencia (en porcentaje) de SIDA en América Latina (1997) de acuerdo con casos y defunciones registrados por los programas de los países y reportados a OPS/OMS (4)  
 PNB per cápita en USD (1995) (3)



**FIGURA 9**  
 Dispersión de valores entre tasa de prevalencia (en porcentaje) de VIH/SIDA en países de América Latina (1997) estimados por ONUSIDA (2)  
 PNB per cápita en USD (1995) (3)



En términos absolutos, y con los datos de personas que viven con VIH estimados por ONUSIDA, se señala con insistencia que solamente dos países de la región, Brasil y México, concentran el 56% de la epidemia (760,000 de un total de 1,336,000 personas que viven con VIH). No obstante, esto se debe, en gran medida, al tamaño de la población de ambos países, ya que ambos también concentran el 54.5% de los habitantes de América Latina (163 y 94 millones, respectivamente). De los dos, Brasil está sobre-representado en la epidemia de la región, ya que contando por sí solo con el 34.5% de la población latinoamericana, contabiliza el 42.6% de las personas que viven con VIH; mientras que México con el 20% de la población total tiene solamente el 13.5% de la epidemia. En la siguiente tabla se muestra este tipo de análisis comparando la sobre o subrepresentación que tiene cada país en la epidemia, tomando en cuenta su peso en el total de la población latinoamericana.

*CUADRO 1\**  
Relación de países latinoamericanos y su representación porcentual en la epidemia de VIH, tomando en cuenta la cantidad de población latinoamericana que cada uno de ellos contemplan

País	% Población	% Epidemia	Representación	
Brasil	34.50%	42.65%	8.15	Sobre-representa
Rep. Dominicana	1.71%	6.21%	4.50	
Honduras	1.26%	3.22%	1.95	
Argentina	7.54%	8.98%	1.44	
Venezuela	4.82%	6.14%	1.32	
Perú	5.15%	5.39%	0.23	
Panamá	0.58%	0.67%	0.10	
El Salvador	1.25%	1.35%	0.09	
Costa Rica	0.76%	0.75%	-0.01	Sub-representa
Uruguay	0.68%	0.39%	-0.29	
Guatemala	2.38%	2.02%	-0.36	
Nicaragua	0.92%	0.31%	-0.61	
Paraguay	1.08%	0.24%	-0.84	
Ecuador	2.52%	1.35%	-1.18	
Bolivia	1.64%	0.19%	-1.45	
Chile	3.09%	1.20%	-1.90	
Cuba	2.34%	0.10%	2.24	
Colombia	7.84%	5.39%	-2.45	
México	19.94%	13.47%	-6.47	
Total	100.00%	100.00%	0.00	

\* Este cuadro se construyó con los datos de población y personas que viven con VIH publicados por ONUSIDA en su Reporte de la epidemia global, de junio de 1998. La sobrerrepresentación o subrepresentación se mide tomando en cuenta la diferencia entre el porcentaje de la epidemia de cada país con respecto al total de la epidemia en la región, menos el porcentaje de población de cada país con respecto al total de la población latinoamericana.

Como se puede observar, Brasil tiene una mayor sobre-representación en la epidemia, seguido por la República Dominicana y Honduras, pero México se ubica en el extremo de la subrepresentado; es decir, tomando en cuenta la dimensión de la población mexicana en el contexto latinoamericano, se esperaría que aportara un mayor porcentaje de la epidemia del subcontinente. Sin embargo, discernir sobre las razones para que esto suceda no es motivo del presente trabajo.

*CUADRO 2\**  
*Relación de países latinoamericanos y su representación porcentual en la economía de la región, tomando en cuenta la cantidad de población latinoamericana que cada uno de ellos contemplan*

País	% Población	PIB (En millones de USD, 1995)	% PIB	Representación	
Argentina	7.54%	\$ 281,060.00	17.31%	9.77	Sobre-representa
Brasil	34.50%	\$ 688,085.00	42.38%	7.89	
Chile	3.09%	\$ 67,297.00	4.15%	1.05	
Uruguay	0.68%	\$ 17,847.00	1.10%	0.42	
Panamá	0.58%	\$ 7,413.00	0.46%	-0.12	
Costa Rica	0.76%	\$ 9,233.00	0.57%	-0.19	
Venezuela	4.82%	\$ 75,016.00	4.62%	-0.20	
Paraguay	1.08%	\$ 7,743.00	0.48%	-0.60	
El Salvador	1.25%	\$ 9,471.00	0.58%	-0.67	
Nicaragua	0.92%	\$ 1,911.00	0.12%	-0.80	
Rep. Dominicana	1.71%	\$ 11,277.00	0.69%	-1.02	Sub-representa
Honduras	1.26%	\$ 3,937.00	0.24%	-1.02	
Cuba**	2.34%	\$ 21,042.00	1.30%	-1.04	
Bolivia	1.64%	\$ 6,131.00	0.38%	-1.27	
Ecuador	2.52%	\$ 17,939.00	1.10%	-1.42	
Guatemala	2.38%	\$ 14,489.00	0.89%	-1.48	
Perú	5.15%	\$ 57,424.00	3.54%	-1.62	
Colombia	7.84%	\$ 76,112.00	4.69%	-3.15	
México	19.94%	\$ 250,038.0	15.40%	-4.54	
Total	100.00%	\$1,623,465.00	100.00%	0.00	

\* Este cuadro se construyó con los datos sobre población publicados por ONUSIDA en su Reporte de la epidemia global de junio de 1998, y con los datos del Banco Mundial publicados en su Reporte sobre el desarrollo en 1997. Aquí se midió la sobre-representación o subrepresentación tomando en cuenta la diferencia entre el porcentaje de la economía, medida en términos del Producto Interno Bruto (PIB) de cada país, con respecto al total de la economía en la región, menos el porcentaje de población de cada país, con respecto al total de habitantes de América Latina.

\*\* En el caso de Cuba, su PIB se estimó en base a un PNB per cápita similar al de Colombia y multiplicado por el total de su población.

De este cuadro podemos desprender que Argentina, Brasil, Chile y Uruguay aportan a la economía de la región un porcentaje mayor que el que sus habitantes representan en el total de la población latinoamericana. De hecho, son estos cuatro países los que poseen los mayores ingresos per cápita de acuerdo con el Banco Mundial, y los que teóricamente, desde una perspectiva regional, tendrían mayores posibilidades de movilizar recursos internos para el combate a la epidemia del VIH/SIDA.

### **¿Gastar en otras enfermedades vs gastar en VIH/SIDA? ¿Gastar en prevención del VIH vs gastar en atención médica del SIDA?**

Estas preguntas se repitieron en diversos foros a lo largo de la Conferencia de Ginebra; sin embargo, no necesariamente tienen una respuesta en un sentido o en otro, ni son mutuamente excluyentes, ya que la evidencia y gran parte de los trabajos presentados muestran que se está gastando en las cuatro opciones en mayor o menor medida. Pero una respuesta a la pregunta: ¿es gastar o invertir en VIH/SIDA? la da el propio Banco Mundial en su página de Internet [http://www.worldbank.org/html/extdr/hiv aids/inv\\_hiv.htm](http://www.worldbank.org/html/extdr/hiv aids/inv_hiv.htm), al ofrecer algunas razones para invertir en intervenciones en VIH/SIDA: *“El SIDA en primer lugar afecta al grupo de edad más productivo en la sociedad [...] La epidemia del VIH/SIDA está empeorando: actualmente hay más de 30 millones de personas que viven con VIH/SIDA, y ONUSIDA estima que este número se expandirá hasta 40 millones para el año 2000. Debido a que no hay una cura todavía disponible, la forma más efectiva de combatir su diseminación es invertir en prevención primaria. Las consecuencias de no invertir en medidas de prevención adecuada son costosas. Si no se toman las medidas adecuadas de prevención, el SIDA se propagará rápidamente de los grupos de alto riesgo a la población general”*.

Sin embargo, a pesar de que esta organización tiene préstamos disponibles para ayudar a los países en desarrollo a hacer efectivas estas medidas preventivas, no queda clara su posición en cuanto al financiamiento de medicamentos anti-retrovirales (5), fuera del hecho de expresar que como medida de equidad cada gobierno debe proveer al menos la misma atención médica a los pacientes con SIDA que la que se proporciona a otros pacientes con enfermedades comparables.\*

Se puede asumir que, si bien algunas medidas preventivas llevan ya más de una década demostrando su efectividad, los resultados en disminución de la mortalidad a largo plazo por parte de los ARV aún no son concluyentes debido al corto tiempo que tienen en uso las terapias múltiples, y que para poder evaluar impactos y tendencias en materia económica se necesitarían al menos diez años de experiencia en contextos nacionales. Es decir, poder identificar claramente cómo repercute a lo largo de los años la dificultad de apego al tratamiento por parte de los pacientes, las resistencias del virus a varios medicamentos, y no sólo si estos ARV son capaces de recuperar al enfermo y elevar su calidad de vida (que ya está demostrado), sino por cuántos años lo podrán hacer.

\* Lo anterior fue expresado a título personal por Mead Over, economista del Banco Mundial en una reunión paralela del AIDS Economic Network, en Ginebra, Suiza, el 30 de junio de 1998.

## Implicaciones del subregistro de casos y de las sobreestimaciones

A diferencia de otros problemas de salud, en los cuales las autoridades sanitarias registran el número de casos nuevos de una enfermedad (tasa de incidencia anual), o el número de enfermos en un año (tasa de prevalencia), en el caso del SIDA los países usualmente reportan el número de casos acumulados desde el primer registro que se tiene, los que engloban vivos y muertos, recientes y de años anteriores. Los países latinoamericanos, al igual que en el resto del mundo, generalmente registran sólo casos de SIDA, es decir, aquellos que ya desarrollaron el síndrome, y no a las personas infectadas por el VIH y que no han manifestado ninguna enfermedad asociada al SIDA o cuyos conteos de células linfocitos CD4 están arriba de 500 (6); por lo tanto, en los archivos más actualizados existe un faltante debido a retrasos en la notificación y por subregistro (diagnóstico incorrecto, omisión involuntaria o voluntaria, o de las personas que nunca han acudido a un médico). Esto, obviamente, tiene algunas implicaciones, ya que para fines de cálculo o presupuestación de los recursos necesarios para dar atención médica, o la compra de medicamentos, primero se requiere hacer una estimación de cuántos de esos casos acumulados continúan aún con vida. En algunos pocos países una parte de los casos acumulados se obtiene de los certificados de defunción, por lo que éstos se pueden descontar directamente; sin embargo, el hecho de que la sobrevida, una vez desarrollado el síndrome, se acorte o se prolongue, dependiendo del acceso a medicamentos anti-retrovirales, complica todavía más las estimaciones para determinar cuántos podrían continuar con vida. En el caso de México, sus autoridades de salud han estimado que del total de casos acumulados oficialmente registrados existe adicionalmente un 53.5%, de éstos, 35% serían por retraso en la notificación y 18.5% por subregistro (7). Tomando en cuenta que la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH/SIDA señala que la indicación para dar ARV es una vez que esté establecido el síndrome o cuando el conteo celular sea menor de 500 células. Un estudio realizado por este autor (8), que fue presentado por un grupo de la sociedad civil ante la Cámara de Diputados de México, estimó que en 1998 se requerían \$46.25 millones de USD para la compra de los ARV necesarios para las personas que viven con SIDA sin seguridad social (50% del total), basados en un 40% con terapia triple (AZT+3TC+Indinavir, o \$6,564.69 USD anual por persona) y un 60% con terapia doble (AZT+DDI o \$2,072.75 USD anual por persona). En ambos costos anuales se tomaron en cuenta los descuentos que las compañías farmacéuticas otorgan cuando se realizan compras de alto volumen. Este monto fue considerado como factible de ejercer, sin gran problema para las finanzas públicas, por algunos congresistas.\*

Sin embargo, si la propuesta se hubiese basado en proporcionar medicamentos ARV a todos los que ONUSIDA calculó que vivían infectados por el VIH en México en ese mismo año, y actuando bajo la premisa de *hit early, hit hard* (“atacar primero para atacar más duro”), con terapia triple para 90,000\*\* personas sin seguridad social (el 50% del total) el presupuesto requerido hubiese sido de \$591 millones de USD, es decir, de alrededor de la mitad del total presupuestado por la Secretaría de Salud. Se debe hacer notar que el gasto público presupuestado o ejercido por el gobierno central en el ramo de salud, no necesariamente es el único gasto público en ese rubro. Por ejemplo, en el caso de México, los recursos en salud que se ejercen

\* El comentario fue hecho por el diputado Santiago Padilla, Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de México, 1998.

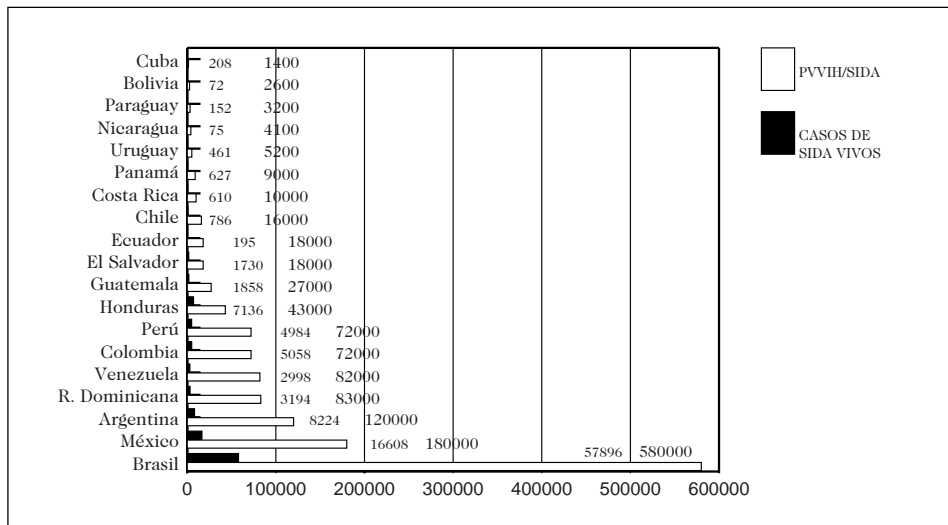
\*\* (Nota del Editor General: de los estimadores de 180,000 personas viviendo con VIH/SIDA por el ONUSIDA aquí señalados, sólo una fracción requiere terapia anti-retroviral de acuerdo con criterios clínicos. Para mayor información consultar el capítulo “Terapéutica anti-retroviral y de padecimientos asociados con el VIH/SIDA”).

por el sistema de seguridad social son de 6 a 7 veces mayores a los que ejerce la Secretaría de Salud. Aunque con magnitud muy diferente, los sistemas de seguridad social también incrementan el monto en Argentina y Venezuela. En otros países como Colombia y Chile, los gastos públicos de los gobiernos provinciales o locales suelen incrementar significativamente los recursos en salud. En los casos de Brasil y Costa Rica, por contar con sistemas únicos de salud el gasto del gobierno central suele ser casi el total del gasto público en salud.

De acuerdo con las últimas estimaciones de ONUSIDA, existe una diferencia en el número de personas que viven con VIH en América Latina que los países de esta región han reportado a la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS)\*, y lo que la primera estima como personas que viven con VIH, llegando a ser esta diferencia del 1151% para América Latina en su conjunto. Los dos reportes pueden tener graves repercusiones en las estimaciones económicas o presupuestales, ya que por un lado un subregistro importante produciría que los recursos sean insuficientes y que por lo tanto haya carencias, y por el otro las sobreestimaciones en el número de personas que viven con VIH podrían acarrear que los tomadores de decisiones, sobre todo aquellos relacionados con las áreas financieras de un país, decidan no programar recursos ante la magnitud de la epidemia, temiendo dañar ya los de por sí escasos recursos públicos destinados a la salud.

FIGURA 10

*Diferencia entre los reportes de casos de personas vivas con SIDA de cada uno de los países registrados por la OMS/OPS para 1997. Total de casos acumulados menos el total de defunciones reportadas (en números pequeños), comparados con el número de personas que viven con VIH/SIDA estimadas por ONUSIDA para el mismo año (en números grandes)*



\* El cálculo de las personas que viven con SIDA reportadas por los países a la OMS/OPS, está basado en sustraer el número total de las defunciones reportadas acumuladas del total de casos acumulados de SIDA.

CUADRO 3

*Recursos necesarios para la compra de ARV con base en terapia triple (AZT+3TC+Indinavir), con precios de descuento por grandes volúmenes, basados en la ciudad de México en 1998 y su impacto potencial en diferentes rubros económicos y presupuestales. Escenarios: cubriendo al cien por ciento de las personas con SIDA (registradas por los países y reportadas a OMS/OPS) y posteriormente a ese mismo grupo más el 100%, 75% y 50% con VIH (estimados por ONUSIDA, junio 1998)*

País	Cobertura	Recursos necesarios en USD	Como % del PIB	Como % del gasto público	Como % del gasto público en salud (central)	Como % del gasto en defensa
Argentina	100% SIDA	\$53,988,010.56	0.02%	0.11%	4.78%	1.55%
	100% SIDA y 50% VIH	\$420,875,405.28	0.14%	0.86%	37.26%	12.08%
	100% SIDA y 75% VIH	\$604,319,102.64	0.20%	1.23%	53.51%	17.35%
	100% SIDA y 100% VIH	\$787,762,800.00	0.27%	1.53%	69.73%	22.56%
Bolivia*	100% SIDA	\$472,657.68	0.01%	0.04%	0.60%	0.40%
	100% SIDA y 50% VIH	\$8,770,425.84	0.13%	0.74%	11.13%	7.42%
	100% SIDA y 75% VIH	\$12,919,309.92	0.19%	1.09%	16.40%	10.93%
	100% SIDA y 100% VIH	\$17,068,194.00	0.27%	1.37%	21.68%	14.38%
Brasil**	100% SIDA	\$380,069,292.24	0.05%	0.14%	2.30%	4.84%
	100% SIDA y 50% VIH	\$2,093,794,746.12	0.30%	0.77%	2.67%	26.66%
	100% SIDA y 75% VIH	\$2,950,657,473.06	0.42%	1.09%	17.86%	37.58%
	100% SIDA y 100% VIH	\$3,807,520,200.00	0.54%	1.36%	22.99%	48.45%
Chile	100% SIDA	\$5,159,846.34	0.01%	0.03%	0.27%	0.34%
	100% SIDA y 50% VIH	\$55,097,443.17	0.07%	0.32%	2.88%	3.63%
	100% SIDA y 75% VIH	\$80,066,241.59	0.11%	0.47%	4.19%	5.28%
	100% SIDA y 100% VIH	\$105,035,040.00	0.15%	0.63%	5.53%	6.85%
Colombia	100% SIDA	\$33,204,202.02	0.04%	0.24%	.53%	3.06%
	100% SIDA y 50% VIH	\$252,930,941.01	0.32%	1.83%	34.51%	23.31%
	100% SIDA y 75% VIH	\$362,794,310.51	0.46%	2.62%	49.50%	33.43%
	100% SIDA y 100% VIH	\$472,657,680.00	0.60%	3.49%	64.54%	43.56%
Costa Rica	100% SIDA	\$4,004,460.90	0.04%	0.20%	0.74%	No tiene ejército
	100% SIDA y 50% VIH	\$34,825,680.45	0.38%	1.74%	6.44%	No tiene ejército
	100% SIDA y 75% VIH	\$50,236,290.23	0.55%	2.51%	9.28%	No tiene ejército
	100% SIDA y 100% VIH	\$65,646,900.00	0.72%	3.24%	12.13%	No tiene ejército
Cuba***	100% SIDA	\$1,365,455.52	Nd	Nd	Nd	Nd
	100% SIDA y 50% VIH	\$5,278,010.76	Nd	Nd	Nd	Nd
	100% SIDA y 75% VIH	\$7,234,288.38	Nd	Nd	Nd	Nd
	100% SIDA y 100% VIH	\$9,190,566.00	Nd	Nd	Nd	Nd
Ecuador	100% SIDA	\$1,280,114.55	0.01%	0.04%	0.40%	0.30%
	100% SIDA y 50% VIH	\$59,722,267.28	0.33%	1.87%	18.66%	14.00%
	100% SIDA y 75% VIH	\$88,943,343.64	0.49%	2.78%	27.79%	20.84%
	100% SIDA y 100% VIH	\$118,164,420.00	0.65%	3.35%	37.18%	27.43%
El Salvador	100% SIDA	\$11,356,913.70	0.12%	0.75%	9.39%	5.36%
	100% SIDA y 50% VIH	\$64,760,666.85	0.66%	4.28%	53.54%	30.56%
	100% SIDA y 75% VIH	\$91,462,543.43	0.93%	6.04%	75.62%	43.17%
	100% SIDA y 100% VIH	\$118,164,420.00	1.21%	7.81%	97.69%	55.82%

continúa

País	Cobertura	Recursos necesarios en USD	Como % del PIB	Como % del gasto público	Como % del gasto público en salud (central)	Como % del gasto en defensa
Guatemala	100% SIDA	\$12,197,194.02	0.08%	0.87%	8.60%	6.25%
	100% SIDA y 50% VIH	\$94,721,912.01	0.64%	6.76%	66.79%	48.54%
	100% SIDA y 75% VIH	\$135,984,271.01	0.91%	9.70%	95.88%	69.68%
	100% SIDA y 100% VIH	\$177,246,630.00	1.19%	12.62%	124.98%	90.81%
Honduras	100% SIDA	\$46,845,627.84	1.15%	5.89%	Nd	Nd
	100% SIDA y 50% VIH	\$164,563,648.92	4.04%	20.69%	Nd	Nd
	100% SIDA y 75% VIH	\$223,422,659.46	5.48%	28.09%	Nd	Nd
	100% SIDA y 100% VIH	\$282,281,670.00	6.96%	35.52%	Nd	Nd
México****	100% SIDA	\$109,026,371.52	0.04%	0.26%	8.70% <sup>§</sup>	6.87%
	100% SIDA y 50% VIH	\$645,335,285.76	0.24%	1.54%	51.50% <sup>§</sup>	40.66%
	100% SIDA y 75% VIH	\$913,489,742.88	0.34%	2.18%	72.89% <sup>§</sup>	57.56%
	100% SIDA y 100% VIH	\$1,181,644,200.00	0.45%	2.83%	94.27% <sup>§</sup>	74.42%
Nicaragua	100% SIDA	\$492,351.75	0.02%	0.07%	0.55%	0.98%
	100% SIDA y 50% VIH	\$13,703,790.38	0.67%	1.95%	15.31%	27.28%
	100% SIDA y 75% VIH	\$20,309,509.69	0.99%	2.89%	22.69%	40.43%
	100% SIDA y 100% VIH	\$26,915,229.00	1.34%	4.06%	30.28%	53.39%
Panamá	100% SIDA	\$4,116,060.63	0.05%	0.31%	1.54%	6.06%
	100% SIDA y 50% VIH	\$31,599,135.32	0.41%	2.38%	11.82%	46.52%
	100% SIDA y 75% VIH	\$45,340,672.66	0.59%	3.41%	16.96%	66.75%
	100% SIDA y 100% VIH	\$59,082,210.00	0.78%	4.52%	22.05%	86.94%
Paraguay	100% SIDA	\$997,832.88	0.01%	0.08%	1.29%	0.67%
	100% SIDA y 50% VIH	\$11,002,420.44	0.14%	0.88%	14.22%	7.39%
	100% SIDA y 75% VIH	\$16,004,714.22	0.21%	1.28%	20.69%	10.75%
	100% SIDA y 100% VIH	\$21,007,008.00	0.27%	1.71%	27.08%	14.10%
Perú	100% SIDA	\$32,718,414.96	0.06%	0.35%	6.12%	1.73%
	100% SIDA y 50% VIH	\$252,688,047.48	0.42%	2.70%	47.27%	13.36%
	100% SIDA y 75% VIH	\$362,672,863.74	0.61%	3.88%	67.84%	19.18%
	100% SIDA y 100% VIH	\$472,657,680.00	0.80%	5.04%	88.35%	25.05%
Rep. Dominicana	100% SIDA	\$20,967,619.86	0.17%	1.18%	10.72%	24.06%
	100% SIDA y 50% VIH	\$282,918,444.93	2.33%	15.92%	144.65%	324.64%
	100% SIDA y 75% VIH	\$413,893,857.47	3.41%	23.29%	211.61%	474.94%
	100% SIDA y 100% VIH	\$544,869,270.00	4.50%	0.63%	278.48%	625.15%
Uruguay	100% SIDA	\$3,026,322.09	0.02%	0.08%	1.42%	1.18%
	100% SIDA y 50% VIH	\$18,581,355.05	0.10%	0.49%	8.72%	7.25%
	100% SIDA y 75% VIH	\$26,358,871.52	0.14%	0.70%	12.37%	10.28%
	100% SIDA y 100% VIH	\$34,136,388.00	0.18%	0.86%	16.00%	13.29%
Venezuela	100% SIDA	\$19,680,940.62	0.03%	0.14%	1.62%	2.22%
	100% SIDA y 50% VIH	\$278,992,760.31	0.38%	1.98%	22.96%	31.47%
	100% SIDA y 75% VIH	\$408,648,670.16	0.56%	2.91%	33.64%	46.10%
	100% SIDA y 100% VIH	\$538,304,580.00	0.73%	3.82%	44.40%	60.60%
América Latina	100% SIDA	\$704,955,800.34	0.04%	0.16%	2.78%	3.54%
	100% SIDA y 50% VIH	\$4,767,560,159.67	0.28%	1.08%	18.80%	23.94%
	100% SIDA y 75% VIH	\$6,798,862,339.34	0.41%	1.54% <sup>2</sup>	6.81% <sup>3</sup>	4.14%
	100% SIDA y 100% VIH	\$8,830,164,519.00	0.53%	1.98%	34.81%	44.38%

\*En el caso de Bolivia el gasto público se refiere al año 1994. \*\*En Brasil se refiere a 1993. \*\*\*En el caso de Cuba, no se utilizó su PIB estimado (ver anexo), ya que se carecía de datos sobre su gasto público, en salud y defensa. \*\*\*\*En el caso de México, el gasto en salud sólo se refiere al de la Secretaría de Salud, ya que el gasto público total del gobierno central presupuestado para 1998 fue \$10,000 millones de USD (tasa de \$8.00 MX pesos = \$1.00 USD)

El costo del coctel triple\* es de \$6,564.69 USD anual por persona en México. Se cubre al 100% de la población en una de dos modalidades: la que desarrolló SIDA y está registrada como viva (con base en reportes de los países a la OMS) y la que vive con VIH aun cuando no haya desarrollado la enfermedad, más las personas que viven con SIDA (estimados por ONUSIDA para finales de 1997). Los datos económicos del PIB se refieren a 1996 y se calcularon con base en la tasa de crecimiento 1995-1996 registrada por el BID (Banco Interamericano de Desarrollo). El gasto público en salud del gobierno central y el gasto en defensa se tomaron de los porcentajes de gasto publicados por el Banco Mundial en su Reporte del Desarrollo 1997, y se aplicaron al PIB estimado para 1996. La suma de recursos necesarios para SIDA o VIH/SIDA en América Latina no incluye a Cuba. La columna de gasto público se refiere sólo al del gobierno central. Los porcentajes señalados para América Latina en gasto público del gobierno central, en salud y defensa no incluyen a Cuba ni Honduras. Se debe señalar que el proveer de terapia triple a cualquier persona que viva con el virus (seropositivo) aun en el caso de políticas *hit early, hit hard*, es una medida que en el nivel individual-clínico aún causa gran discusión ante la imposibilidad, hasta el momento, de demostrar la erradicación total del virus.\*\*

Tal como es posible observar en el Cuadro 3, ambos tipos de datos epidemiológicos, el número de casos de SIDA reportados estimados vivos, así como las estimaciones de personas infectadas elaboradas por ONUSIDA marcan panoramas muy diferentes para los países latinoamericanos en materia de toma de decisiones para financiar los ARV con recursos públicos. Mientras el reto sea proporcionarlos sólo a los que ya desarrollaron el SIDA, parecería un esfuerzo presupuestal posible para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, ya que en ningún caso rebasan el 0.06% del PIB, ni tampoco al 1% del gasto del gobierno central, y en la mayoría de las ocasiones sólo representan una fracción mínima del actual gasto en salud o defensa. Aun cuando Bolivia y Nicaragua podrían estar también en esta categoría, la fragilidad de sus economías y lo bajo de sus ingresos per cápita seguramente no lograrían que se diera una recomendación en ese sentido.

Al incluir las cifras de las personas que viven con VIH/SIDA estimadas por ONUSIDA pareciera ser que únicamente Chile y Uruguay podrían absorber este gasto en un cien por ciento (en el hipotético caso de que se considerara que todo infectado requiere tratamiento con terapia ARV triple), sin riesgo para sus recursos públicos centrales (menos del 1% del total). Por otro lado, Brasil, Argentina, Paraguay y México aparentemente también estarían en posibilidades de absorberlo (menos del 3% del gasto público central en el caso extremo), pero correrían el riesgo de castigar severamente su gasto público en salud, a menos que tomasen la decisión de obtener estos recursos de otros sectores (defensa, por ejemplo). Por supuesto, la sustentabilidad de una política de provisión de ARV con recursos públicos a mediano y largo plazo estaría estrechamente vinculada al crecimiento de la economía de cada país, a sus éxitos en contener el crecimiento de la epidemia, y finalmente a las políticas de priorización del gasto público, en donde se incrementará de manera significativa el gasto público en salud, y sin subestimar, por supuesto, a la presión política de los grupos de personas afectadas por el VIH (9) independientemente de que las tres primeras estén o no dadas.

\* (Nota del Editor General: este coctel es descrito con mayor detalle como TARSA en el capítulo "Terapéutica anti-retroviral y de padecimientos asociados al VIH/SIDA".)

\*\* En el caso de Bolivia, el gasto público se refiere al año de 1994. En Brasil se refiere a 1993. Para Cuba no se utilizó el PIB estimado (ver anexo) ya que se carecía de datos sobre su gasto público en salud y defensa.

También se puede desprender del cuadro que a Honduras, República Dominicana, El Salvador y Guatemala, debido a la magnitud de la epidemia en sus contextos nacionales y a la debilidad de sus economías les resulta punto menos que imposible absorber la responsabilidad de proveer ARV con recursos internos, y por otro lado, seguramente también deberán recurrir a recursos internacionales para poder incrementar medidas preventivas efectivas y contener la expansión de las infecciones por VIH. Los casos de Nicaragua y Bolivia, a pesar de que sus economías constituyen, junto con la de Honduras, las tres más depauperadas del continente, aparecen bajo una óptica diferente ya que el número de casos registrados, e incluso las cifras estimadas por ONUSIDA para ambos países, son relativamente bajas comparadas con el resto del contexto latinoamericano. Sin embargo, esto también podría interpretarse como una invitación a mantener e intensificar programas preventivos efectivos que les eviten pasar a tasas de incidencia más altas que las que actualmente registran.

Otros países, como Ecuador y Venezuela, antes de tomar cualquier decisión con respecto a la provisión de ARV deben analizar muy bien tanto los registros de casos que poseen sus programas nacionales, sobre todo aquellos estimados por ONUSIDA, en los que la agencia internacional les marca infecciones adicionales de más del 9000% en el primer caso y 2600% en el segundo, si tomamos en cuenta los vivos registrados con SIDA por los países ante la OMS/OPS, y los estimados que viven con VIH/SIDA (PVVIH/SIDA) por el organismo internacional.

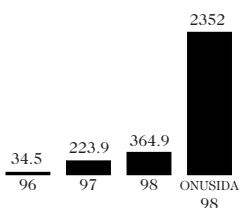
Brasil (10), cuyo gobierno fue el primero en América Latina en tomar la decisión de proveer ARV subsidiados en un 100% con fondos públicos, enfrenta también el reto de las cifras (11) (ver recuadro). Un estudio de México (15), otro país que inició la provisión de ARV con fondos públicos, aunque sólo a la población bajo régimen de seguridad social (alrededor del 50% del total), reportó en Ginebra que en 1996 se gastaron \$90.2 millones de dólares en atención médica de las personas con VIH/SIDA (con y sin seguridad social), de éstos, \$52.8 millones fueron cubiertos con recursos de origen público. Asimismo, en otro trabajo del mismo país se señaló que un paquete básico de servicios médicos ambulatorios, incluyendo terapia triple, en México tendría un costo de USD\$10,894 por paciente por año en 1997 (16).

---

### El caso Brasil

#### Las implicaciones financieras de las estimaciones epidemiológicas

Brasil, ha sido reconocido no solo como uno de los países en desarrollo más afectados por la epidemia global de VIH/SIDA, sino que la respuesta que ha dado a la epidemia, ha sido también considerada como aquella que ONUSIDA promueve enfáticamente alrededor del mundo, y de la cual se puede aprender mucho. Además el gobierno Brasileño ha adoptado una política de provisión gratuita de ARV, incluyendo inhibidores de proteasa desde 1996. Durante la XII Conferencia Internacional en Ginebra, se dio a conocer el documento "SIDA en Brasil, en donde señala que 58,000 pacientes están recibiendo ARV, 55% de estos reciben incluso inhibidores de la proteasa. El mismo documento, señala que la mortalidad por SIDA se ha reducido en un 35% desde que se introdujeron terapias con estos medicamentos. Por otro lado, el Programa oficial contra el VIH/SIDA, en su página web: <http://www.aids.gov.br/assitencia/aids98/.htm> (19 Ago. 98) señala que se han realizado los gastos en ARV mostrados en la gráfica.



Tomando en cuenta el gasto por paciente que esto representa para 1998: \$4,055 USD, pero como referencia la estimación de personas viviendo con VIH/SIDA, publicada por ONUSIDA y calculada para Brasil en 580,000, entonces para cubrir al 100%, se requerirían de un mínimo de \$2,352 millones de USD para 1998. Esto, podría tener al menos dos implicaciones, o que el programa de Brasil solo está cubriendo al 10% de los infectados y con un subfinanciamiento 9 veces menor a lo requerido, pero que aún así reporta disminuciones significativas en la mortalidad por SIDA; o que las cifras dadas a conocer por ONUSIDA están altamente sobrecalculadas para este país. El hecho de sobreestimar los números de la epidemia, finalmente puede producir el efecto de que un presupuesto superior a los mil millones de USD, destinado solo a compra de un grupo de medicamentos (ARV), para una sola enfermedad, se traduzca en temor y cautela extrema, en cualquier ministerio de finanzas de un país en desarrollo, aún asumiendo que su economía lo pudiese soportar, como podría ser el caso de Brasil.

En un trabajo presentado durante la XII Conferencia, Colombia estimó que para poder proveer atención médica, incluyendo triple terapia ARV, a todas las personas con VIH/SIDA, requeriría de un presupuesto de \$2.3 mil millones de dólares para 1998, pero en dicho estudio se manejaron cifras de entre 47,350 y 138,760 personas que vivían con VIH/SIDA para 1998 (se debe hacer notar que la última cifra es de casi el doble que la estimada por ONUSIDA); tomando en cuenta el número más alto, se calcula que el costo promedio por paciente por año en Colombia sería de USD\$16,575.38 en 1998, y esto significaría que, o bien no se consideraron los descuentos que se pueden obtener por compras en grandes volúmenes de ARV, o que en Colombia no es posible obtenerlos. Algunos otros países de América Latina como Argentina y Chile ya han iniciado también la provisión de ARV incluyendo inhibidores de proteasa con fondos públicos, el primero basado primordialmente en recursos internos y el segundo apoyado adicionalmente por un proyecto para reducir precios de ONUSIDA.

Si los países desarrollados debieran apoyar a los países en desarrollo para que se suministren ARV, es una pregunta que ya empezó a obtener algunas respuestas. Tal es el caso del gobierno de Francia que, a través de su Ministro de Salud anunció en Ginebra la creación de un fondo internacional de solidaridad terapéutica (12), el cual consistiría en un monto de entre 100 y 200 millones de dólares para un periodo de cinco años y con el que se piensa financiar el tratamiento de 160 mil personas. A esta iniciativa francesa se han unido el gobierno de Bélgica y la Unión Europea. Entonces, podemos deducir que si los montos durante los cinco años fuesen de \$40 millones cada uno, entonces se aportarían \$250 dólares por persona infectada, lo cual significa que será un fondo de apoyo que tendrá que ser complementado con recursos de los países beneficiarios y que básicamente se dirigirá a países de muy bajo desarrollo económico como Costa de Marfil, Uganda, Congo-Brazzaville, Vietnam, Camboya, Marruecos, aunque también incluye a África del Sur. La propuesta no señala a ningún país latinoamericano como beneficiario de la misma a pesar de que República Domi-

nicana, Ecuador, Guatemala, Bolivia, Honduras o Nicaragua tienen ingresos per cápita de 3 a 8 veces menores que los del país sudafricano, y de que en Sudáfrica un fondo de \$200,000 millones de dólares no alcanzaría para pagar un año de ARV ni al 1% de la población que vive con VIH/SIDA estimada por ONUSIDA en ese país.\* Por otro lado, ese mismo fondo alcanzaría para poder cubrir al 100% las necesidades de ARV durante casi cinco años (inclusive tomando como el peor escenario las estimaciones de personas que viven con VIH/SIDA publicadas por ONUSIDA) de dos de los tres países más pobres de América Latina: Nicaragua y Bolivia. Seguramente la pregunta: ¿a qué países apoyar con fondos internacionales para medicamentos?, puede desglosarse en otras: ¿a los que tienen mayor número de casos aunque no alcance para todos?, esto favorecería a países como Sudáfrica, algunos otros africanos y a Brasil; ¿a los que tengan una tasa de prevalencia más alta y por lo tanto se consideren los más afectados?, esto favorecería a algunos otros países africanos y en el caso de América Latina a República Dominicana y Honduras; ¿a los que tienen menor número de casos y por lo tanto se pueden cubrir al 100% sus necesidades de ARV?, esto favorecería principalmente a países pequeños en población y con tasas bajas como Bolivia, Paraguay y Nicaragua, pero en África Sub-Sahariana tal vez sólo a uno como Guinea Ecuatorial, y en el Sudeste Asiático únicamente a Laos; ¿apoyar a los que pueden asegurar una sustentabilidad en la provisión de ARV una vez que los fondos internacionales terminen?, esto, aunque suena atractivo, sólo beneficiaría a los países económicamente más desarrollados y con tasas de prevalencia de la epidemia relativamente bajas como Chile, Uruguay, a países petroleros, pero a ninguno del África Sub-Sahariana; ¿apoyar a los económicamente menos desarrollados?, esto beneficiaría a Nicaragua, Honduras y Bolivia, y principalmente a los países del África al sur del Sahara, pero en estos últimos y en Honduras, difícilmente se lograrían cubrir todas las necesidades.

Seguramente la decisión de a qué países se debe apoyar dependerá en gran medida de una combinación de preguntas sobre economía, tamaño de la epidemia y beneficios potenciales en términos del país, como por ejemplo: países con economías e ingresos muy bajos, con epidemias incipientes, pero en donde se pueda beneficiar al total de los afectados serían Nicaragua y Bolivia.

Por supuesto, la respuesta de los países desarrollados para apoyar económicamente el acceso a ARV en los países en desarrollo también dependerá no sólo de cuántos más se sumen a la iniciativa y de cuánto se logre incrementar el fondo, sino también del costo-beneficio o costo-efectividad que los ARV logren demostrar en el futuro, sin descartar que las consideraciones políticas o político-comerciales tendrán gran peso en el proceso, ya que no podemos considerar una casualidad que los primeros países beneficiados con la iniciativa francesa sean precisamente, y en su mayoría, naciones francófonas o ex-colonias de Francia.

### Recursos para la prevención

¿Cuál es el monto óptimo que los países deben invertir en la prevención del VIH? Esta es una pregunta que no ha tenido una respuesta clara en ninguna de las dos publicaciones del Banco Mundial en donde ha sido abordado este problema desde 1993 (13). A pesar de que el asunto sobre los recursos que se destinan a prevención y atención del VIH/SIDA in-

\* ONUSIDA, en su Reporte de junio de 1998, *op. cit.*, p. 5, estima que a finales de 1997 en Sudáfrica vivían 2,900,000 personas con VIH/SIDA. Por otro lado, el Banco Mundial, en su Reporte de 1997, *op. cit.* p. 215, señalaba que el PNB per cápita de Sudáfrica en 1995 era de USD\$3,160, y lo clasificaba como país de ingreso mediano-alto.

tentó correlacionarse con el PNB per cápita de cada país (5), en realidad los datos y estudios sobre gastos en este rubro son aún escasos, y los estudios para estimar los recursos necesarios para la prevención han sido rebasados por la urgencia y la presión social y política para realizarlos, pero enfocados a la atención médica y a los medicamentos, como de hecho fue el caso de cinco de los siete trabajos presentados en Ginebra por países latinoamericanos: uno de Colombia (14), dos de México (15, 16) y dos de Brasil (17, 18).

Las publicaciones del Banco Mundial más que referirse a cuánto se debe invertir en prevención del VIH, hicieron énfasis en la necesidad de invertir en programas preventivos adecuados y que han demostrado efectividad en la prevención del VIH cuando se comparan con otras medidas preventivas que requieren de más o similares recursos, pero que sus resultados suelen ser más pobres en términos de disminuir el número de nuevas infecciones (5).

En el contexto latinoamericano, como ya se señaló anteriormente, Brasil ha sido definido y señalado por ONUSIDA como el país que tiene un programa integral en el que también se da gran énfasis a las acciones preventivas, de hecho, fue el único país latinoamericano que llevó a Ginebra un trabajo que trata sobre la solución de problemas logísticos y financieros relacionados con la respuesta a las necesidades de prevención del VIH en ese país. (19)

Para estimar los recursos necesarios para que los países de América Latina puedan establecer programas preventivos similares al de Brasil, se decidió tomar como base el monto total del costo del Proyecto de control del SIDA y enfermedades de transmisión sexual, que fue financiado conjuntamente por el Gobierno Federal de Brasil y el Banco Mundial. Este programa tiene un costo de \$250 millones de dólares, de los cuales el 36% es cubierto por el gobierno federal y el 64% con los recursos del préstamo (20, 10). Dicho monto deberá ejercerse en un lapso de cinco años, por lo que para fines del cálculo se estimó el costo en \$50 millones de dólares anuales, aun cuando el ejercicio de los \$250 millones de dólares no se haya dado de manera uniforme año tras año.

Para tener una aproximación al monto requerido en cada país y contar con un programa similar al brasileño, se decidió seguir tres vías. Una basándose en el número de personas estimadas que viven con SIDA, lo cual toma en cuenta el tamaño de la epidemia oficialmente registrada en cada país; la segunda se refiere al cálculo con base en el número de personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH) estimado por ONUSIDA, y en la tercera se incluye la población del país, es decir, se calculan los recursos con un criterio per cápita del total de la población, incluso asumiendo que los programas preventivos del VIH efectivos en países con epidemias no generalizadas no son los que van dirigidos a la población general. Los resultados de estos cálculos se presentan en el Cuadro 4.

Tal como se puede apreciar en este cuadro, y tomando en cuenta que los rubros específicos de gasto, es decir, lo que incluye y lo que no incluye el programa brasileño en materia de prevención con estos recursos, podríamos señalar que en términos generales América Latina requeriría recursos entre \$89 y \$145 millones de dólares para poder tener programas preventivos homogéneos. En el caso del subcontinente, la utilización del indicador de población produce una mayor necesidad de recursos, sin embargo, para Honduras, debido a su alta prevalencia, tanto el indicador de casos como el de PVVIH representan un mayor requerimiento de recursos. Mientras que para República Dominicana y Venezuela sería el indicador de PVVIH el que mostraría una mayor necesidad de recursos.

En cualesquiera de los países los montos necesarios para establecer programas preventivos similares al de Brasil son sólo una fracción de los montos requeridos para la atención médica; así por ejemplo, de los \$705 millones de dólares necesarios para proveer de ARV a la población latinoamericana con SIDA, se requeriría sólo una quinta parte para instrumentar los programas preventivos. Este monto para prevención es, a su vez, sólo 1/61 parte de lo estimado en el caso de que la decisión fuese proveer de terapias triples a todas las personas que viven con VIH/SIDA.

CUADRO 4

*Relación de recursos requeridos para establecer programas preventivos similares al de Brasil en los restantes países de América Latina en 1998*

País	Casos (registrados)		Población	Monto requerido tomando casos	Monto requerido tomando población	
	OMS/OPS	PVVIH/SIDA			PVVIH/SIDA	tomando población
Argentina	11506	120000	35671000	\$4,778,279	\$10,345,200	\$10,933,171
Bolivia	179	2600	7774000	\$74,336	\$224,146	\$2,382,733
Brasil	120399	580000	163132000	\$50,000,000	\$50,000,000	\$50,000,000
Chile	2212	16000	14625000	\$918,612	\$1,379,360	\$4,482,566
Colombia	8433	72000	37068000	\$3,502,105	\$6,207,120	\$11,361,351
Costa Rica	1284	10000	3575000	\$533,227	\$862,100	\$1,095,738
Cuba	689	1400	11068000	\$286,132	\$120,694	\$3,392,344
Ecuador	625	18000	11937000	\$259,554	\$1,551,780	\$3,658,694
El Salvador	2019	18000	5928000	\$838,462	\$1,551,780	\$1,816,934
Guatemala	2395	27000	11241000	\$994,610	\$2,327,670	\$3,445,369
Honduras	8217	43000	5981000	\$3,412,404	\$3,707,030	\$1,833,178
México	35119	180000	94281000	\$14,584,423	\$15,517,800	\$28,897,151
Nicaragua	180	4100	4351000	\$74,751	\$353,461	\$1,333,583
Panamá	1620	9000	2722000	\$672,763	\$775,890	\$834,294
Paraguay	349	3200	5088000	\$144,935	\$275,872	\$1,559,473
Perú	7204	72000	24367000	\$2,991,719	\$6,207,120	\$7,468,491
R. Dominicana	4052	83000	8097000	\$1,682,738	\$7,155,430	\$2,481,733
Uruguay	1013	5200	3221000	\$420,685	\$448,292	\$987,237
Venezuela	7282	82000	22777000	\$3,024,111	\$7,069,220	\$6,981,156
Total	208,955	1,346,500	472,904,000	\$89,193,847	\$116,081,765	\$144,945,198

La base del cálculo toma como modelo USD\$50,000,0000 de gasto en prevención del VIH en Brasil, a partir del proyecto de Control del SIDA y ETS, financiado por el gobierno federal brasileño y el Banco Mundial, acordado en 1993 por un monto total de \$250 millones de dólares a ejercerse en 5 años. Por caso registrado en Brasil se gastan USD\$415.29 en prevención, o el equivalente a USD\$86.21 por PVVIH/SIDA, que es su vez de USD\$0.31 centavos por habitante.

La comparación anterior debería servir de incentivo para incrementar esfuerzos y recursos en prevención del VIH en el subcontinente, sobre todo en aquellos países en los que actualmente a sus economías y presupuestos públicos les resulta prácticamente imposible suministrar medicamentos ARV.

Por supuesto, invertir en prevención del VIH en países en los que la epidemia aún representa tasas de prevalencia menores al 1% en la población general, significa que sus programas deben ser más selectivos en el financiamiento de aquellas intervenciones que sean más efectivas y que realmente lleguen a los grupos de población que están siendo más afectados, o que están cargando con el mayor peso de la epidemia y a su vez están produciendo el mayor número de nuevos casos. Al mismo tiempo, dentro de estos programas se vuelve también indispensable invertir en otros que aminoren la marginación y el rechazo tanto de la población afectada como de aquella que por sus características de vulnerabilidad está en mayor riesgo de infectarse.

Utilizar expresiones como *todos estamos en riesgo*, o identificar una cantidad amplia y variada de grupos vulnerables, en donde prácticamente todos se sentirán representados al grado de llegar a la conclusión de que *todos somos vulnerables*, son estrategias que tal vez consigan la concientización social del problema, así como apoyo político y público para que se destinen más recursos a programas preventivos. Sin embargo, esto no debe desviar la mira de los tomadores de decisiones y ejecutores de los programas, quienes al momento de ejercer los recursos públicos deben siempre tener en mente que éstos por definición siempre serán escasos, que las necesidades siempre los rebasarán y que por lo tanto es necesario priorizar aquellas intervenciones que producirán el mayor bien social posible. Esto normalmente se logra si se impacta en las personas en mayor riesgo.

### En América Latina epidemia masculina

La región posee una epidemia masculina en alto grado (Figura 11), lo que trae consigo algunas implicaciones relacionadas con la dificultad para acceder a recursos tanto de origen público como privado, que se pudiesen destinar a la realización de programas preventivos específicos así como a los de atención. Esta dificultad se incrementa aún más cuando se asocia con el hecho de que la mayor parte de los hombres que se infectaron por la vía sexual fue debido a relaciones homosexuales, conducta que es socialmente rechazada y cuyos actores son frecuentemente discriminados de los diferentes ámbitos de la vida social y económica, si acaso manifiestan abiertamente su orientación sexual. Es decir es una conducta que normalmente se oculta y que el SIDA saca a flote.

El Ministro de Salud de Canadá, al dar a conocer el reporte de progreso (fase II) de la Estrategia Nacional de SIDA (21) en su país durante la Conferencia de Ginebra, reconoció que uno de los factores subyacentes que más habían entorpecido la puesta en práctica de los programas preventivos era la homofobia. Y que si bien la fase II de la estrategia había sido exitosa en llegar al grupo de hombres adultos que tienen sexo con otros hombres, ésta aún no lograba impactar en edades más tempranas de ese mismo grupo. A pesar de esto último, la incidencia anual de VIH ha empezado a disminuir en Canadá, sin embargo, los nuevos esfuerzos de la estrategia preventiva intentarán alcanzar a los jóvenes gay.

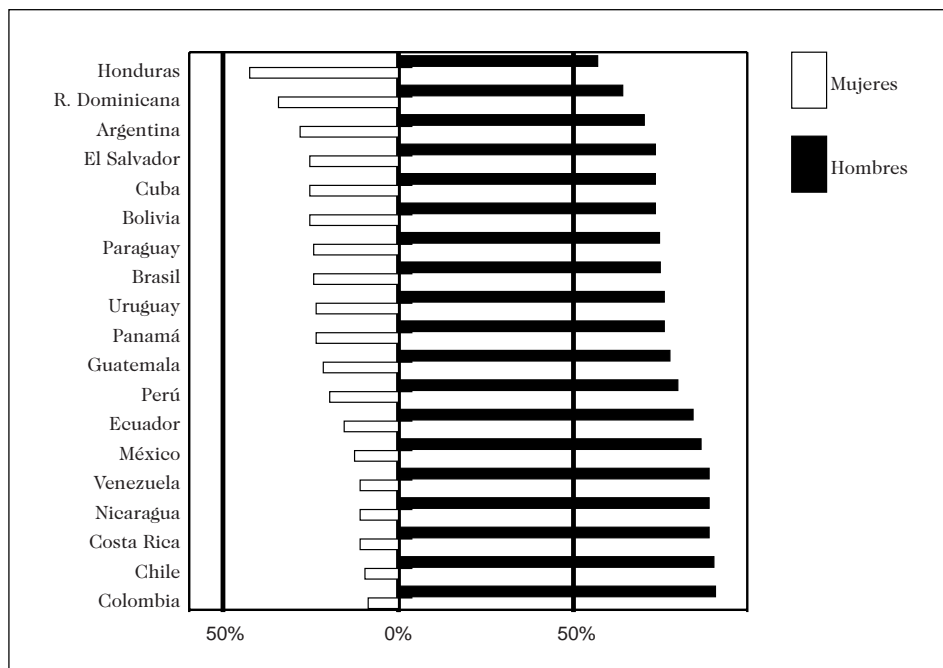
---

En medio de la noche, un policía se acerca a un hombre que bajo la brillante luz de un farol parece que anda buscando algo en el piso. El policía pregunta: “¿Extravió algo?”, y el hombre contesta: “Sí, las llaves de mi casa y no las encuentro”. El policía, con el fin de ayudarlo, vuelve a preguntar: “¿Recuerda por dónde se le cayeron?” El hombre responde: “En realidad se me extraviaron como a 50 metros de aquí, a la vuelta de la esquina, sólo que allá no hay suficiente luz”.

*Chiste del conocimiento popular*

---

FIGURA 11  
 Distribución por sexo de casos acumulados de SIDA  
 en los países de América Latina, 1997 (2)



El estudio premiado en la categoría de joven investigador durante la XII. Conferencia Internacional sobre SIDA, llevó por título *La autoaceptación de la identidad gay disminuye la conducta sexual de riesgo e incrementa la salud psicológica en jóvenes de Estados Unidos* (22). En él se demuestra cómo la autoaceptación de la orientación sexual y el apoyo de la comunidad a la que se pertenece hace que las conductas sexuales riesgosas disminuyan y, por lo tanto, la probabilidad de adquirir la infección por VIH.

Ambas referencias, la de Canadá y Estados Unidos, se traen a colación como antecedentes, de los múltiples que existen, de por qué América Latina, teniendo una epidemia eminentemente masculina, mayoritariamente de transmisión sexual y que afecta principalmente (y en forma sobre-representada) al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, debe realizar esfuerzos por llevar a cabo intervenciones preventivas adecuadas en este subgrupo poblacional, si se quiere que realmente los recursos limitados provoquen un impacto en la disminución de nuevos casos, es decir, tratar de incidir en la subpoblación específica que está produciendo la mayor parte de los casos y no desperdiciar esfuerzos y recursos económicos tratando de impactar en la población general, o en subpoblaciones de más fácil acceso (ver chiste en recuadro), pero cuyo riesgo de infectarse por VIH es su-

mamente bajo; dicho en otras palabras, es un deber de los gobiernos hacer un uso eficiente de los recursos públicos, sobre todo cuando éstos son escasos.\*

Muchos de los tomadores de decisiones o ejecutores de programas dentro de los gobiernos, o en general las personas externas al grupo gay, consideran que el acceso a los grupos de hombres que tienen sexo con hombres (homosexuales, bisexuales y transgénicos) es una tarea difícil. Sin embargo, ésta puede facilitarse en gran medida si las intervenciones se realizan a través de o con la ayuda de miembros de los mismos grupos, o con la colaboración de los organismos no gubernamentales. Es decir, que el recurso de financiamiento sea de origen público no obliga a que los ejecutores sean gubernamentales (23), ya que en estos casos, ciertos grupos de la sociedad civil han dado muestras de poder realizar estas intervenciones de manera más eficaz que los actores oficiales.

## Conclusiones

A más de 15 años de que se diagnosticaron los primeros casos en el mundo, desde el punto de vista de salud el SIDA ha pasado de ser un problema médico de investigación básica, a uno de salud pública y actualmente a uno de atención clínica y farmacológica. Sin embargo, el problema no sólo se ha quedado ahí ya que también la epidemia se ha traducido en un problema social, de educación, familiar, de derechos humanos, de moral, de intolerancia, de justicia, de presión política, pero sobre todo últimamente, la brecha la está marcando el problema económico.

La brecha económica entre países pobres y ricos se agiganta más cuando ésta se combina con la epidemia del VIH/SIDA. Las diferencias que parecen abismales entre África Sub-Sahariana y América Latina, también se repiten cuando esta última región se compara con Europa Occidental.

Si bien el impacto macroeconómico de la epidemia en América Latina aún no se puede demostrar, los costos en el nivel microeconómico de las familias afectadas suelen ser devastadores, ya que para comprar medicamentos ARV para un coctel triple con duración de un mes se requerirían 109 días de salario mínimo en Chile, 136 en Venezuela y 252 en México, comparados con sólo 26 días de un obrero de Estados Unidos (8)

Para realizar estimaciones de gastos y proyecciones de costos con el fin de programar recursos, la mayoría de los países de la región se enfrentan al grave problema del registro de datos, por un lado, y a las estimaciones o sobreestimaciones de toda aquella parte de la epidemia que no está documentada. Si bien una sobreestimación de las personas que están infectadas podría motivar a los políticos y tomadores de decisiones a aprobar recursos adicionales para evitar nuevas infecciones, beneficiando con esto a los programas nacionales de prevención del VIH/SIDA, este mismo factor actuaría en contra de la toma de decisiones enfocadas a proveer recursos para la atención médica y el suministro de ARV.

Si los gobiernos de la región presupuestaran recursos para proveer ARV a las personas con SIDA que tienen registradas, e incluso considerando que sus subregistros fuesen del 53%, como lo ha considerado el programa de México, sus presupuestos públicos estarían en posibilidades de absorber el costo de estos tratamientos sin mayor riesgo para

\* Estos señalamientos se ejemplifican gráficamente en las páginas 83 y 153, respectivamente, de la publicación del Banco Mundial titulada "Confronting AIDS. Public priorities in a global epidemic". *A World Bank Policy Research Report*. 1997.

el resto de sus programas sociales; por otro lado, si la mayoría de ellos tratan de cubrir a la totalidad de la población que vive con VIH/SIDA de acuerdo a las estimaciones de ONUSIDA, seguramente muchos (tal vez con las excepciones de Chile y Uruguay) llegarían a la conclusión de que en el corto plazo esto perjudicaría sus presupuestos en salud y en el largo plazo afectaría al resto de sus finanzas públicas.

El caso de Brasil muestra que es posible que los cálculos de presupuestación de recursos, basados en los registros nacionales de casos, estén más cercanos a la realidad que aquellos estimados desde fuera. Esto se ve reforzado por el hecho de que este país ha podido documentar disminuciones significativas en la mortalidad por SIDA, al igual que ya lo están haciendo países de Europa y Norteamérica. Si estos esfuerzos presupuestales son sostenibles a mediano y largo plazo en un país en desarrollo como Brasil, seguramente dependerá del ritmo de crecimiento de su epidemia y del comportamiento de su economía, ya que la presión social de las personas afectadas o de los grupos civiles organizados seguramente evitaría que una decisión política diese marcha atrás a este tipo de programas.

La ayuda internacional para provisión de ARV en los países en desarrollo, tomando en cuenta los recursos tan modestos con los que actualmente cuenta, seguramente se dirigirá a tratamientos para prevenir la transmisión vertical (madre-hijo) en los países de menor desarrollo económico, principalmente del África Sub-Sahariana. En América Latina se debe hacer un esfuerzo para que Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Bolivia, Guatemala y El Salvador puedan acceder a mayores recursos de este tipo, ya que sus frágiles economías y sus presupuestos en salud se podrían ver seriamente afectados si sus gobiernos intentaran suministrar estos tratamientos con recursos propios.

En materia de prevención, todos los gobiernos latinoamericanos deben considerar como una obligación asegurar recursos públicos suficientes para llevar a cabo la prevención de la transmisión vertical (madre-hijo), de acuerdo con los estudios y recomendaciones vertidos en la experiencia de Tailandia (24). Con la sola excepción de Honduras, y tal vez en cierta medida de República Dominicana que requerirían de apoyo económico internacional para poder instrumentarla, el resto de los países tendrían posibilidad de financiar el AZT requerido con recursos propios.

A pesar de que hacen falta más estudios que con una metodología homogénea logren estimar cuánto se está gastando actualmente en el rubro de prevención en los países latinoamericanos, por el volumen de sus actividades y el alcance de sus programas preventivos añadidos al préstamo del Banco Mundial, se puede inferir que Brasil es el país que está utilizando los mayores recursos per cápita en este renglón. Con base en esto en el Cuadro 4 se muestran los cálculos de los recursos que se necesitan para prevención en el resto de la región.

Honduras es el país que aparece con la mayor urgencia y necesidad, sobre todo tomando en cuenta que la capacidad que puede tener para movilizar recursos internos es prácticamente intangible dado el tamaño de su economía y la magnitud de su epidemia. Muchos de los países de la región seguramente son susceptibles de recibir préstamos por parte del Banco Mundial para llevar a cabo programas efectivos de prevención del VIH/SIDA, y la recomendación sería que los aprovechen. Sin embargo, países como Nicaragua, Honduras, República Dominicana, Bolivia, El Salvador y Nicaragua, más que préstamos requerirían de mayores donativos para instrumentar programas preventivos eficaces.

Ya sea con préstamos o donativos, el segundo reto inmediato es que los programas preventivos sean realmente eficaces, y esto sólo se podrá lograr tomando en cuenta que la epidemia en la región es básicamente de transmisión sexual y que para realizar cambios de conducta en materia de sexualidad se requiere dejar a un lado percepciones morales y religiosas que impidan que las personas que están en el mayor riesgo accedan al

conocimiento e información que les permita evitar prácticas que pongan en peligro su salud y la de los demás.

Al igual que lo están reconociendo ya los países desarrollados, es necesario combatir la homofobia y asegurar el respeto a la orientación sexual diferente si se quiere que los programas preventivos dirigidos al sector de la población que más casos de SIDA produce sean realmente efectivos e impacten de manera significativa en el volumen global de la epidemia.

## Referencias

1. 12th International AIDS Conference, Geneva Conference Workbook. "Welcome to Geneva", page 2, June 12-July 3 1998.
2. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic, June 1998.
3. World Bank. World Development Report 1997. The State in a Changing World.
4. Organización Mundial de la Salud/OPS. Reporte trimestral de casos de SIDA en la Américas. 31 de marzo de 1998. <http://www.paho.org>
5. World Bank. "Confronting AIDS, Public Priorities in a Global Epidemic". Oxford University Press 1997.
6. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. "Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH/SIDA", 1995.
7. CONASIDA, *Programa de Fortalecimiento para la Prevención y Control del VIH/SIDA y Otras Enfermedades de Transmisión Sexual 1997-2000*, p. 8, México, DF.
8. Saavedra, et. al. *Costos y gastos en atención médica del SIDA en México*, Serie Ángulos del SIDA No. 1, México, 1998, primera edición.
9. Izazola JA, Saavedra J, Huerdo J, "Access to anti-retrovirals: The role of political activism in Mexico", *Abstract 24139*. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
10. Ministry of Health/Secretariat of Health Policies/National Program of STD-AIDS. "AIDS in Brasil: A joint Government and Society Endeavour". 12th International AIDS Conference, Brasilia, 1998.
11. Brazil AIDS Program Web Site: <http://www.aids.gov.br/assistencia/aids98.htm> del 19 de agosto de 1998.
12. Ministry of Health of France. *AIDS: International Therapeutic Solidarity Fund*. Paper presented by the Secretary of State for Health of France during the 12th International Conference on AIDS at Geneva, 1998.
13. World Bank. World Development Report 1993: "Investing in Health".
14. Céspedes, Forsythe, Gaillard, et. al. "The economic and social cost from the HIV/AIDS epidemic in Colombia", *Abstract 34150*. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
15. Saavedra J, et. al. "Economic Impact of AIDS medical care in Mexico", *Abstract 24140*, 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
16. Saavedra J, et. al. AIDS care expenditures/Ambulatory care vs hospitalisation, *Abstract 24137*, 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
17. Cunha, Custodio, Santos, Chequer, "One day Clinic (ODC) service to AIDS patient: A preliminary analysis of costs in Brazil", *Abstract 44255*, 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
18. Cunha, Vasconcelos, Santos, Chequer, "Economic profile of patients beneficiary of therapeutical domicile assistance (TDA) of the Brazilian Ministry of Health", *Abstract 60617*, 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
19. Finj, Fernández, et. al., "Solving the problems in finance and logistics: Software development to answer the NGO's and the public sector needs on HIV/AIDS prevention in Brazil", *Abstract 43225*, 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
20. World Bank. Loan Agreement Report No. 11734-BR "AIDS and STDs Control Project in Brazil". October, 1993.
21. Health Canada. Minister of Health Hnr. Allan Rock. National AIDS Strategy, Phase II, Progress Report 1997-1998.
22. Craig R. Waldo, S.M. Kegels, R.B. Hays, "Self-acceptance of gay identity decreases sexual risk behavior and increases psychological health in US young gay men", *Abstract 154/*

- 14135, 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
23. Saavedra J, “El papel de los gobiernos en la prevención del SIDA y atención de los afectados”, en J.A. Izazola (ed.) SIDA: *Estado actual del conocimiento*, FUNSALUD-Noriega Editores, México, primera edición, 1996, pp. 157-173.
  24. Pakdee Pothisiri, *et. al.*, *Funding Priorities for HIV/AIDS Crisis in Thailand*. Paper presented at “Funding and Policy” at the 12th International AIDS Conference in Geneva, 1998.

## LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA

*Carlos Ávila Figueroa*

### Introducción

La reforma del sector salud en los países latinoamericanos está cambiando las relaciones entre instituciones, organismos reguladores, administradores y proveedores de servicios de salud. La emergencia de sistemas basados en las fuerzas del mercado y en mecanismos de competencia regulada está transformando sustancialmente los antiguos sistemas nacionales de seguridad social. Paralelamente a estas reformas, la epidemia por VIH/SIDA en América Latina está causando una creciente morbilidad y mortalidad que aumenta en forma significativa la demanda de servicios de gran complejidad.

El elevado costo del tratamiento anti-retroviral tiene el potencial de desviar los limitados recursos del sector salud al grado de afectar el financiamiento de otros programas prioritarios. La situación es crítica para países con presupuestos limitados en sus ministerios de salud. En estos países, el propósito de la reforma es el de mejorar la eficiencia en el uso y asignación de estos recursos. La carga de la enfermedad que impone la epidemia del VIH/SIDA sobre la salud pública de un país tiene dos componentes: uno de impacto social, que se expresa en el capital humano perdido, y otro de impacto institucional, que se manifiesta en la demanda de servicios para los sistemas de salud.

Para hacer frente a esta epidemia en el contexto de la reforma del sector salud se requiere conocer la velocidad de crecimiento de la epidemia, la demanda de servicios nuevos que generará, y los costos asociados. Esta información podrá incorporarse al diseño y planeación de los nuevos sistemas de salud para que éstos sean capaces de satisfacer y controlar este problema.

El debate sobre los costos para tratar a personas con VIH/SIDA y la forma en la que esta carga para los sistemas de salud se va a distribuir son una cuestión esencial de política pública. En el contexto de la reforma de los servicios de salud, y con base en un principio de equidad, el papel de los gobiernos es garantizar la provisión y el acceso a los servicios de salud para cualquier ciudadano, independientemente de su capacidad económica de pago.

Varios de los argumentos que se han utilizado tienen el objetivo implícito de evitar el pago del tratamiento de los enfermos con VIH/SIDA. Uno de ellos argüía que se trataba de una enfermedad mortal. Otro consiste en poner en duda la efectividad del tratamiento anti-retroviral o exagerar sus efectos adversos. Después se intentó mostrar la increíble dificultad para estimar el costo de los servicios derivados de la atención de pacientes con SIDA, lo cual quedaba casi como una incógnita que no se podía resolver. Esto facilitaba afirmar que el costo era tan alto que era imposible de pagar. Muchas de las estimaciones sobre costos eran incompletas ya que reportaban costos promedio de servicios y no costos marginales. Estos informes tampoco hacían comparaciones con otras enfermedades de alto costo que muchos planes de seguro sí cubrían.

El mayor conocimiento de esta enfermedad, su curso más predecible, la publicación de esquemas de tratamiento mejor definidos, y la posibilidad de manejar a los pacientes en forma ambulatoria, permite simplificar el tratamiento. La disminución en la variabilidad de criterios clínicos de atención posibilita conocer con más certeza, y por lo tanto hacer estable, las estimaciones de costos. De esta manera se pueden diseñar paquetes de tratamiento que, cumpliendo con estándares de calidad de la atención médica, permitan definir su costo y hacerlo más accesible a un mayor número de enfermos. El propósito de estos paquetes es lograr acceso, calidad y equidad en el suministro de tratamiento ambulatorio anti-retroviral. Las estimaciones de costo mejor definidas permiten presupuestar el costo del tratamiento con menos errores y evitar el desabasto. Más aún, en las regiones donde la epidemia tiende a estabilizarse estos costos son más predecibles y la presupuestación de servicios es menos compleja.

La planeación estratégica y la asignación eficiente de recursos son herramientas claves para la toma de decisiones. Como estos planes se deben ajustar a los presupuestos disponibles y debido a los elevados costos del tratamiento causado por el VIH/SIDA, la forma más lógica de mitigar los daños ocasionados por esta epidemia es dispersar los costos entre la población general. Esto es, financiar los servicios para enfermos con VIH/SIDA mediante impuestos generales.

El desafío para los sistemas de salud en América Latina en el contexto de la epidemia por VIH/SIDA consiste en mejorar los indicadores de salud de la población mediante una oferta integral de servicios preventivos y curativos. Esto requiere la adecuación de las instituciones para lograr una cobertura universal de servicios, mejorar la oferta pública y privada de servicios, fortalecer la capacidad resolutoria de los hospitales públicos, capacitar y mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, garantizar la calidad de los servicios, consolidar los procesos de descentralización y, en general, mejorar la eficiencia de los sistemas de salud en la región.

Este capítulo tiene como propósito examinar el impacto de la carga de la enfermedad condicionada por la epidemia del VIH/SIDA en el contexto de la reforma a los sistemas de salud en América Latina. Para ello se revisa la información sobre los procesos de reforma, de política pública y de toma de decisiones en el contexto del diseño de las nuevas fórmulas de financiamiento, acceso a servicios preventivos y curativos para la población general, así como para personas afectadas por la infección por VIH.

### **Tipología de los sistemas de salud en América Latina**

El financiamiento y suministro de los servicios de los sistemas de salud en América Latina típicamente se componen de una mezcla de sistemas públicos y privados. Los gastos en salud en la región varían entre el 3% y el 9% del PNB. El sector público financia alrededor del 60% de los costos en salud y el sector privado el resto. La organización más típica de los servicios de salud en América Latina se integra por la seguridad social, los servicios de salud para la población abierta, y la medicina privada. La mayor parte de los trabajadores del sector organizado están cubiertos por los planes de seguridad social. Los pobres y un segmento de la clase media, utilizan instituciones públicas para su atención. Las instituciones públicas (hospitales y centros de salud) ofrecen por lo general servicios de menor calidad a todos los usuarios y cobran sumas modestas por el servicio. Bajo ese sistema hay una parte de la población que no tiene ninguna cobertura de seguridad. La población de ingresos elevados compra seguros de salud privados, servicios de medicina prepagada, o simplemente paga de su bolsillo. Hay un segmento de la población que obtiene servicios médicos privados y utiliza hospitales públicos de tercer nivel para servicios de alto costo

con tarifas muy subsidiadas. El Cuadro 1 presenta la tipología de la organización de los sistemas de salud en América Latina, así como el grado de cobertura para personas con VIH/SIDA.

La mayor parte de los países en la región se caracterizan por contar con un sistema plural en la organización de su sistema de salud. La tendencia actual es la aparición de reformas de salud basadas en un principio de eficiencia. Para alcanzar esta eficiencia se asume que las fuerzas del mercado serán capaces de controlar costos a la vez que están forzando a los proveedores y administradores de salud a elevar la calidad de los servicios.

*CUADRO 1*  
*Tipología de los sistemas de salud en América Latina y cobertura para personas con VIH/SIDA*

Tipo de Sistema	Socializado	Seguridad Social	Plural	Libre mercado
Principio	El cuidado de la salud como un servicio público proporcionado por el Estado	El cuidado de la salud como un servicio o bien para el consumidor asegurado	El cuidado de la salud fundamentalmente como un servicio o bien para el consumidor	El cuidado de la salud como un objeto de consumo personal
Financiamiento	Impuestos	Deducciones de nómina	Público y privado	Aseguradoras privadas y pago en efectivo
Provisión	Instalaciones del gobierno	Instalaciones de la seguridad social	Pública y privada	Instalaciones lucrativas y no lucrativas
Administración	Pública	Sistema de seguro social	Pública y privada	Privada
Pagos	Totalmente indirectos	En su mayoría indirectos	Directos e indirectos	En su mayoría directos
Papel del gobierno	Total	Central/Indirecto	Privado y público	Mínimo
Cobertura para VIH/SIDA	Universal	Universal	Población con seguro social	Cobertura privada muy limitada
Ejemplo	Cuba	Costa Rica	México, Brasil, Honduras	Chile, Colombia, Argentina

Esta es la base de la reforma de salud en varios países donde se espera que la competencia regulada transforme los servicios de salud y eleve la salud de la población. Es interesante notar que la cobertura para VIH/SIDA es mayor en regímenes sociales y de seguridad social y que el acceso para estos pacientes es muy limitado en esquemas privados. Sin embargo, independientemente del tipo de sistema de salud, los países de la región que están brindando terapia anti-retroviral lo están logrando mediante presupuestos públicos específicamente asignados para el pago de estos medicamentos.

## La reforma de los sistemas de salud en América Latina

A mediados de la década de los ochenta los gobiernos latinoamericanos iniciaron varios procesos de reforma del sector salud como parte de un proceso más amplio de reforma del Estado. Las reformas de salud en América Latina podrían caracterizarse dentro de alguno de los siguientes paradigmas: i) descentralización de los sistemas de salud; ii) reforma del ministerio de salud; iii) reforma de la seguridad social; iv) posicionamiento del sector privado. El Cuadro 2 presenta algunos indicadores de los sistemas de salud en relación con el tipo de reforma en los diferentes países de la región. Es importante aclarar que los procesos que se mencionan podrían encontrarse en diferentes etapas de avance. Por ejemplo, algunos países han tenido progresos significativos en esta década para completar los procesos de descentralización que se iniciaron en algunos de ellos al final de los años setenta. Mientras que hay ocho países en la región que se encuentran en un proceso total de reforma, hay otros en los cuales un proceso denominado de reforma incluye desde la descentralización hasta la modernización de sus instalaciones y servicios.

Mientras que la morbilidad y mortalidad debida a enfermedades infecciosas es prevalente en la región, se estima que un 20% de la población carece de acceso a los servicios de salud. Los sistemas de salud necesitan asignar recursos para la prevención y el tratamiento en áreas con enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes como SIDA, tuberculosis y paludismo. Bajo estas condiciones, las necesidades específicas de la población podrían aumentar a una tasa de crecimiento mayor que la capacidad de los sistemas de salud para responder a estas nuevas circunstancias.

### *Descentralización*

El proceso de descentralización del gobierno central fue seguido de cambios en las legislaciones locales que daban fundamento a estos procesos otorgando a los municipios cierto control sobre transferencias nacionales para la inversión en salud. La competencia para los servicios de atención en salud quedó descentralizada no solamente mediante bases legales sino también a través de transferencias económicas específicas a los estados y municipios, concediéndoles tanto autoridad como recursos financieros a estas entidades. Sin embargo, este proceso de descentralización, a pesar de contar con bases legales en varios países, se ha puesto en práctica muy lentamente.

Después de la legislación sobre descentralización, sólo algunos municipios han sido finalmente certificados. Los gobiernos provinciales y las municipalidades comparten el financiamiento y el suministro de servicios de salud para la población no asegurada. Estas provincias financian los servicios a través de transferencias del gobierno central y de sus propios ingresos. En algunos países, el mayor impulso se basa en asignarles a los municipios la competencia operativa en la atención de salud de primer nivel. Sin embargo, muchos municipios carecen de profesionales entrenados y de la capacidad técnica y económica para atender enfermedades complejas como el SIDA.

CUADRO 2

*Gasto en salud, carga de la enfermedad causada por VIH/SIDA y tipo de reforma*

País	Gasto en salud		Carga de la epidemia por VIH/SIDA		Principal tipo de reforma
	% del PNB per/cápita	\$US	Prevalencia del VIH	Tipo de epidemia	
Argentina	9.0%	722.70	0.69	Concentrada	I y IV
Bolivia	4.5%	36.00	0.07	Incipiente	I
Brasil	5.8%	211.12	0.63	Concentrada	I y IV
Colombia	5.7%	108.87	0.32	Concentrada	I y II
Costa Rica	9.2%	240.10	0.55	Incipiente	III
Chile	6.2%	257.92	0.20	Incipiente	N. R.
Rep. Dominicana	4.8%	70.08	1.89	Concentrada	IV
Ecuador	6.3%	87.57	0.28	Incipiente	I y II
El Salvador	5.0%	80.50	0.58	Concentrada	N. R.
Guatemala	3.3%	44.22	0.52	Concentrada	IV
Haití	5.8%	14.50	5.17	Generalizada	N. R.
Honduras	5.8%	34.80	1.46	Concentrada	N. R.
Jamaica	3.7%	55.87	0.99	Concentrada	I y II
México	3.8%	126.16	0.35	Concentrada	I
Nicaragua	5.0%	19.00	0.19	Incipiente	I y II
Panamá	8.7%	239.25	0.61	Concentrada	N. R.
Paraguay	3.2%	54.08	0.13	Concentrada	N. R.
Perú	3.2%	73.92	0.56	Concentrada	IV
Uruguay	5.7%	294.69	0.33	Concentrada	II y IV
Venezuela	6.5%	196.30	0.69	Concentrada	I y II

***Reforma de los ministerios de salud***

Una transformación del financiamiento, administración y suministro de servicios caracterizan a este proceso de reforma. Como consecuencia, el nuevo papel de los ministerios de salud se enfoca a la formulación de políticas nacionales y a la planeación, coordinación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud. La responsabilidad del ministerio de salud se centra en acciones preventivas y programas de salud pública. Estas reformas se basan en principios de consolidación, eficiencia, universalidad, descentralización, competencia y participación del sector privado. Algunas de estas reformas están orientadas a una mayor participación del mercado mediante la competencia regulada. Los cambios en los métodos de pago por servicios a hospitales representan los elementos más importantes de la reforma. Se espera que al aumentar la eficiencia en la provisión de servicios en hospitales ello permita incrementar la oferta de servicios clínicos y quirúrgicos. Con el propósito de volver eficientes los subsidios públicos para cubrir servicios de alta especialidad la selección de éstos se va incorporando en forma gradual y se funda en varios criterios: a) efectividad clínica, b) incidencia y utilización, c) mortalidad, d) grupos de expertos, e)

costo-efectividad, y e) preferencias sociales. Por ejemplo, de acuerdo con el criterio de carga de la enfermedad, un importante reto será la expansión de servicios para el tratamiento y rehabilitación de poblaciones con elevados niveles de infección por VIH. La evaluación de los costos sociales e institucionales del VIH/SIDA, el establecimiento de programas de capacitación para el personal de salud, así como la creación de clínicas regionales especializadas para atender pacientes con VIH/SIDA es una prioridad de los ministerios de salud de algunos países de la región.

### ***Reforma de los sistemas de seguridad social***

El sistema más característico de la región es el de la seguridad social. Este sistema típicamente protege a los trabajadores que están dentro de la economía formal mediante deducciones salariales. Se le considera uno de los mayores logros de la fuerza de trabajo de un país con amplio apoyo de los sindicatos de obreros. Actualmente, los países de la región latinoamericana se encuentran ante el dilema de fortalecer este sistema para alcanzar la universalidad de los servicios mediante este esquema, o privatizar estos servicios con el propósito de mejorar su eficiencia. Tal vez la mayor barrera para expandir la seguridad social sea la elevada proporción de desempleados y de los que trabajan en la economía informal en estos países y que no cotizan dentro del esquema de seguridad social. Por otro lado, muchos empleados insatisfechos con la calidad de los servicios se oponen a pagar servicios de seguridad social que no utilizan. Es indudable que la mala administración de los servicios, su tremenda burocratización, las clínicas sin mantenimiento y con desabasto de insumos y drogas requieren de una reforma que evite su colapso financiero, pero la mayoría de las personas con VIH/SIDA bajo esquemas de seguridad social recibe un amplio rango de servicios, desde terapia ambulatoria y hospitalizaciones.

### ***Posicionamiento del sector privado***

Un interesante proceso de reforma, casi inadvertido, está ocurriendo en algunos países de la región. Las aseguradoras privadas se están colocando como las organizaciones financiadoras de servicios de salud más importantes. Las instituciones privadas están asumiendo un papel cada vez más destacado en el financiamiento, administración, y provisión de servicios de salud, y podrían clasificarse de acuerdo a la naturaleza del tipo de servicios que ofrecen. Las organizaciones no lucrativas y no gubernamentales proporcionan servicios de salud mediante financiamiento externo a poblaciones de bajo ingreso. Los otros proveedores privados financian los servicios a través de pago directo, planes de seguro y medicina prepagada. Tradicionalmente, los planes de seguro privado se han mostrado reacios para pagar servicios para personas con VIH/SIDA.

### ***Principios para reformar los sistemas de salud***

Los principales problemas en el sector de la salud en la región pueden caracterizarse como cuestiones de equidad, eficiencia y calidad. Con el fin de solucionar estas deficiencias varios gobiernos latinoamericanos se han embarcado en ambiciosas reformas del sector de la salud con el objetivo de aumentar el acceso, brindar una prestación eficiente, de alta calidad y costo efectiva para toda la población. Para alcanzar estas metas, los gobiernos nacionales han establecido el compromiso de:

- Mejorar las condiciones de salud de la población, de tal manera que disminuyan los años de vida saludable perdidos y aumente la esperanza de vida al nacer.
- Ampliar la cobertura de los servicios de salud, sobre todo de la población más vulnerable, hasta alcanzar la cobertura universal.
- Asegurar la atención de salud a la población no afiliada y su incorporación progresiva a los servicios integrales de salud.
- Desarrollar la capacidad técnica, administrativa y financiera de las instituciones del sector, actualizando su infraestructura y mejorando las condiciones laborales del personal.
- Promover el desarrollo científico y tecnológico del sector, orientado a mejorar la prevención, el diagnóstico y la atención en salud.
- Avanzar en el manejo descentralizado de los servicios públicos de salud, y adecuar el sistema público al marco del sistema de salud.
- Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
- Garantizar y mejorar la calidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención.
- Permitir la libre elección de servicios en un mercado de competencia.
- Fomentar la eficiencia en la provisión de los servicios de salud.
- Lograr y mantener la solidez financiera del sistema de salud.

La reforma del sector de la salud significa un compromiso innovador y complejo. Con ella se altera la estructura fundamental de todo el sistema, lo cual implica que los participantes privados y del gobierno deben alcanzar tanto la universalidad como garantizar eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud. Su implementación total enfrenta grandes desafíos y se requerirán años para llevarla a cabo en su totalidad. Es importante mencionar que a medida que estas reformas avanzan se van identificando los obstáculos y retos para el logro en el éxito de su puesta en práctica. Actualmente uno de los mayores retos para esta reforma lo constituye la epidemia de SIDA que imprime una tremenda carga social y económica a los sistemas de salud.

### **Metas y estrategias para la reforma de los sistemas de salud**

Para poner en práctica una reforma que alcance los objetivos que se persiguen los países deben separar el rol financiero del rol de provisión de servicios que desempeña el gobierno, transformar las instituciones gubernamentales, promover la creación de instituciones de salud privadas y capacitar recursos humanos. El objetivo de reformar los sistemas de salud con base en la universalidad, el acceso, la eficiencia y la calidad del los sistemas de salud es consistente con los planes de desarrollo de los países de la región latinoamericana, lo que garantiza una oferta integral de servicios preventivos y curativos.

Las metas y estrategias para lograr estas reformas son las siguientes: universalidad, acceso, equidad, eficiencia y calidad y mejoras en los niveles de salud.

#### **Universalidad**

Garantizar la cobertura básica en salud por parte de un sistema de aseguramiento que permita el acceso a los servicios de salud especialmente a la población más desfavorecida. La meta es lograr una cobertura universal asegurando que se otorguen servicios de salud a toda la población.

### Acceso

Se refiere a la capacidad instalada del sistema de salud local para prestar servicios a la población. Es decir, asegurar el acceso a servicios de salud con calidad uniforme por una contribución justa. Esto implica que los proveedores están presentes, tienen capacidad para brindar servicios, cuentan con la destreza técnica, los recursos necesarios y un nivel de calidad esencial. Si bien puede existir afiliación, ello no garantiza el acceso a la prestación de servicios de salud.

### Equidad

Esta meta pretende mejorar la situación de la salud mediante la reasignación de recursos hacia la atención preventiva y hacia los grupos marginados logrando una distribución más equitativa de los recursos. Aun cuando en algunas ciudades de América Latina se cuenta con los servicios médicos más modernos y sofisticados, gran parte de la población tiene un acceso limitado a la atención básica en salud. Esta distribución desigual en gastos de salud concentra recursos en grandes instituciones de atención curativa, localizadas en áreas urbanas, consumiendo recursos que restan servicios de atención primaria a la población rural. Algunos estudios realizados sugieren que el 20% de la población que necesita servicios no tiene acceso a la atención primaria. Este porcentaje es más elevado entre la población rural y entre los más pobres, especialmente en el campo. La equidad en el acceso a los servicios de salud típicamente se mide al determinar cómo la población marginada ubicada en las áreas rurales y urbanas satisface realmente sus necesidades de salud.

### Eficiencia

Para alcanzar un uso eficiente de recursos en el sector salud se requiere hacer una distinción entre los diferentes tipos de eficiencia: i) eficiencia distributiva. Consiste principalmente en determinar cómo se están asignando los recursos de acuerdo a los tipos de servicios (preventivos, curativos, enfermedad de alto costo), de acuerdo a regiones (urbana y rural), y al nivel socioeconómico (especialmente a poblaciones pobres). ii) Eficiencia técnica. Esta se refleja al maximizar la cantidad de servicios producidos al menor costo sin afectar la calidad de los servicios, y si la asignación de recursos se está enfocando hacia las intervenciones más costo-eficientes. iii) Eficiencia administrativa. Pretende conocer algunos indicadores como los costos de administración y mercadeo y cómo se transmiten estos costos a los proveedores. Las clínicas y hospitales a menudo reciben pocos fondos, dando como resultado una baja calidad en el servicio (desabasto de medicamentos y materiales) y personal con bajo nivel de entrenamiento. Los sistemas tradicionales de salud se caracterizan por la falta de incentivos para una administración eficiente; hay ausencia de sistemas de remisiones efectivos y obligatorios y la administración es incapaz de reducir pérdidas, desperdicio e ineficiencias en la prestación de los servicios.

### Calidad

Paralelamente a las mejoras en la eficiencia, la reforma del sector salud pretende garantizar que la atención que se presta cumpla con estándares básicos de calidad. Una observación que ha motivado la reforma es que la calidad en la prestación de los servicios de salud

es deficiente especialmente en instituciones públicas, en donde los medicamentos y materiales a menudo no están disponibles. Esta pobre calidad en parte ha llevado a una subutilización de las instituciones públicas. Mientras que en las áreas rurales la calidad de los servicios es pobre debido a falta de insumos, en las zonas urbanas la calidad se ve afectada adversamente por una sobrepoblación de las instituciones de segundo y tercer nivel. Hay dos dimensiones en la calidad: por un lado la calidad técnica del proveedor y la institución, y por el otro, la percepción de los usuarios sobre los servicios que están recibiendo. La calidad técnica se refiere a la práctica de la medicina con base en la evidencia científica. La otra dimensión se relaciona con lo que el usuario percibe al recibir los servicios en aspectos como oportunidad de la atención, relaciones interpersonales con los prestadores y satisfacción con los servicios recibidos.

### Mejoras en los niveles de salud

El objetivo final de las reformas a los sistemas de salud en América Latina es mejorar el nivel de salud de la población. La reforma al sector salud es sólo uno de los componentes de los gobiernos de la región para lograr avances en la calidad de vida en estos países. Los indicadores de las condiciones de salud hacen referencia a las causas de enfermedad que afectan a la población y permiten evaluar no sólo los daños a la salud sino también las diferencias en el grado de transición demográfica y epidemiológica en cada región. Las causas de morbilidad y mortalidad se agrupan, para este análisis, en forma convencional en tres categorías principales: a) patologías infecciosas y perinatales; b) patologías crónicas y degenerativas; c) patologías derivadas del trauma. Si bien estos indicadores, junto con la tasas de mortalidad, son empleados como medidas de impacto, requieren de observaciones durante periodos prolongados de tiempo para poder demostrar cambios en su tendencia. Un indicador desarrollado recientemente y propuesto para evaluar el impacto de las intervenciones son los años de vida saludable perdidos (AVISA). Esta medida resume los años de vida perdidos en una población debidos a muerte prematura o discapacidad producida por diferentes enfermedades. De hecho, la meta es mejorar las condiciones de salud de la población, de tal manera que disminuyan los años de vida saludable perdidos y aumente la esperanza de vida al nacer.

Si bien es cierto que el SIDA compite con muchas otras enfermedades por un presupuesto limitado para su control, el hecho de ser una epidemia explosiva requiere se considere como una emergencia en salud pública de la mayor prioridad. Por ejemplo, el SIDA llegó a situarse como una de las causas más importante de muerte en hombres entre 25 y 44 años de edad en Brasil, México y Venezuela. En algunos países latinoamericanos este patrón de mortalidad en hombres jóvenes es sólo rebasado por los accidentes. Debido a que el SIDA afecta a un importante segmento de la fuerza productiva de un país, el impacto de la epidemia en la productividad se ha convertido en algunos países en un problema que puede llegar a afectar su desarrollo. Para lograr una adecuada asignación de recursos y poder ampliar la inversión en programas preventivos y curativos contra el VIH, se requiere de una interpretación apropiada de la epidemiología de esta enfermedad.

### **La carga de la enfermedad causada por la epidemia de VIH/SIDA en América Latina**

La situación social y de salud de la población latinoamericana ha mejorado significativamente durante las últimas décadas. Entre 1965 y 1990 el índice de crecimiento de la población disminuyó; durante el mismo periodo los índices de mortalidad infantil y materna

descendieron a la mitad. Los índices de alfabetización en hombres y mujeres están actualmente por encima del 85%. A pesar de estos avances, las condiciones de salud siguen estando por debajo de lo esperado.

La región latinoamericana está sujeta a un efecto combinado de transiciones demográficas y epidemiológicas, las cuales se caracterizan por una heterogeneidad de patrones de enfermedad. La carga de la enfermedad en los países latinoamericanos ha sido evaluado empleando el concepto de AVISA (*disability-adjusted life years* [DALY's]). Reportes realizados por el Banco Mundial estiman que América Latina perdió 5.5 millones de AVISA en 1990; 57% debido a mortalidad prematura y el 43% restante por discapacidad. La distribución de la carga de la enfermedad muestra una importante participación de las enfermedades infecciosas y las lesiones. La población económicamente activa (15 a 44 años) sufre el 45% de la carga de la enfermedad. Los hombres padecen una mayor carga en comparación con las mujeres (1.9 millones vs. 0.6 millones de DALY's), con una razón hombre:mujer de 3.9, debido al efecto combinado de VIH/SIDA y lesiones.

La epidemia de VIH/SIDA está aumentando esta carga de la enfermedad principalmente sobre los sistemas de salud, al grado de que se considera un serio problema de salud pública. Este problema es complejo no sólo por las casi 100 mil muertes que ha causado, sino por la dinámica con que los casos y las defunciones están aumentando en la región. En algunas ciudades el crecimiento es explosivo; de hecho, el número de casos de SIDA reportados en América Latina se ha triplicado: de 60 mil casos en 1990 a 189 mil a mediados de 1997.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Onusida estimaron que para fines de 1997 había 2.6 millones de personas infectadas en América Latina y 300 mil en el Caribe. Hasta septiembre de 1997 se reportaron 211,670 casos en los países de América Latina y el Caribe. Nueve países: Brasil (110,845), México (30,970), Argentina (10,669), Colombia (7,953), Venezuela (6,916), Honduras (6,406), República Dominicana (3,940), Perú (5,958), y El Salvador (2,019), representan el 88% de los casos en la región. Durante 1996 las tasas más altas de incidencia acumulada de SIDA (por millón de habitantes) fueron reportadas en Bahamas (1,335), en el Caribe; en Brasil (100); en el Istmo Centroamericano (75.6); en Argentina (59), y en México (44).

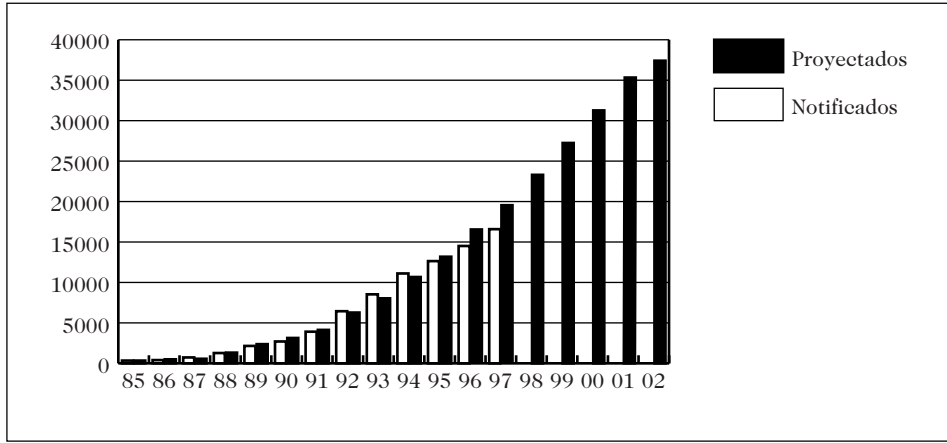
Debido a la creciente necesidad de asignar recursos a programas preventivos así como a un tratamiento anti-retroviral costoso para los enfermos, una pregunta crítica para la región es saber cuál será el tamaño y la velocidad de la epidemia en el futuro inmediato. Con este propósito se desarrollaron dos ejercicios, basados en modelos matemáticos, para reconstruir y predecir el tamaño mínimo de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina, empleando la extrapolación y el retrocálculo.

El modelo de extrapolación para América Latina predijo un total de 382,378 casos de SIDA para finales del año 2000 (Figura 1). Por otro lado, un análisis de retrocálculo que incluyó 135,560 casos notificados entre 1980 y 1996 en cuatro países: Argentina (9,505 casos), Brasil (94,997), Chile (1,863), y México (29,195), mostró serios retrasos en la notificación; la probabilidad de que un caso se notifique dentro de un periodo de seis meses es del 43% en Brasil y del 76% en Chile. En forma global, el 75% de los casos se notifican dentro de los 12 meses posteriores al diagnóstico.

La incidencia acumulada de infecciones por VIH, para fines de 1998, fue estimada en 38 mil infecciones en Argentina; 386,417 en Brasil; 7 mil en Chile, y 97,402 en México. Se observó que la incidencia de infecciones por VIH en México tuvo su pico entre 1988 y 1990. En Brasil la velocidad de nuevas infecciones tiende a estabilizarse, mientras que en Argentina y Chile el número anual de nuevas infecciones está aumentando en forma acelerada. El pico de infecciones observados en México y Brasil al final de los ochenta podría reflejar el efecto combinado del curso de la epidemia en la población masculina y la reduc-

ción de casos asociados a transfusiones. Las epidemias explosivas en Argentina y Chile podrían continuar creciendo hasta que los grupos que están influenciando estas epidemias se saturen de infectados.

*FIGURA 1*  
*Número de casos notificados y proyectados de SIDA en América Latina*



De acuerdo con estos modelos la tendencia futura de la epidemia en América Latina podría alcanzar los 400 mil casos de SIDA en el año 2000. Estas proyecciones son importantes para la planeación futura de servicios sociales para personas infectadas por el VIH. También posibilitan una mejor interpretación de la magnitud de la epidemia en la población, y a la vez: i) orientar esfuerzos en la prevención de nuevas infecciones en diferentes segmentos de la población; ii) planear servicios para individuos infectados y que serán sintomáticos en pocos años, y iii) asignar recursos de manera más eficiente tanto en prevención como en necesidades de tratamiento para personas con infección por VIH sintomática.

El Cuadro 3 presenta la carga de la enfermedad en las personas infectadas por VIH y los casos de SIDA que requieren tratamiento anti-retroviral en relación con un paquete de tratamiento ambulatorio estimado en US\$13,815.28. Este paquete, sus componentes y su estimación se explican más adelante.

**CUADRO 3**  
*Carga de la enfermedad en las personas infectadas por VIH y los casos de SIDA que requieren tratamiento anti-retroviral en América Latina.*  
*Costo anual del paquete de tratamiento ambulatorio*

País	Número de casos	Costo del paquete (miles de dólares)	Per cápita	% PNB
Argentina	4,801	57,612	1.66	0.0206
Bolivia	79	948	0.12	0.0160
Brasil	55,422	665,064	4.17	0.1147
Chile	1,082	12,984	0.91	0.0219
Colombia	3,579	42,948	1.16	0.0611
C. Rica	645	7,740	2.27	0.0872
Ecuador	250	3,000	0.26	0.0187
El Salvador	807	9,684	1.72	0.1074
Guatemala	804	9,648	0.87	0.0654
Guyana	920	11,040	13.8	0.0233
Honduras	2,562	30,744	5.20	0.8684
México	16,169	194,028	2.11	0.0636
Nicaragua	63	756	0.17	0.0452
Panamá	572	6,864	2.64	0.096
Paraguay	113	1,356	0.28	0.0167
Perú	2,383	28,596	1.20	0.0520
Suriname	480	5,760	14.4	0.0163
Uruguay	462	5,544	1.73	0.033
Venezuela	2,766	33,192	1.52	0.0506
Total	99,959	1,127,508	1.70	0.86

Estas estimaciones son parte fundamental de la planeación de los servicios de salud y de las necesidades de atención médica que la población infectada con VIH requerirá a mediano plazo. El SIDA, pese a los grandes avances en su patología y tratamiento, está aún lejos de desaparecer. Los costos de atención médica para estos enfermos son muy altos e inaccesibles para un gran porcentaje de la población portadora del VIH. En países de ingresos medios o bajos, la planeación de necesidades futuras para problemas de salud pública como el SIDA se convierte en un elemento de gran valor para la optimización de los escasos recursos económicos destinados al área de salud.

### Aspectos económicos de la atención al VIH

Cada vez hay una mayor coincidencia en la necesidad de determinar los costos de atención para personas con VIH/SIDA. A pesar de que los costos de atención son extremadamente altos, éstos estaban pobremente documentados. La mayoría de los estudios se enfocaban a los costos directos, resultando en una subestimación de los costos sociales de la enfermedad.

El costo del tratamiento varía de acuerdo con la intensidad de los servicios, la cual depende del estadio de la infección. Hay pocos estudios que evalúen el costo del tratamiento de personas con SIDA en América Latina, y muchas de las publicaciones no son vigentes debido a que los esquemas de tratamiento han cambiado sustancialmente. Hay un viraje de los servicios de hospital hasta manejos ambulatorios cada vez más frecuentes y sostenibles. A pesar de ello, en Estados Unidos el 75% de los costos se asigna a servicios de hospitalización. Los costos del tratamiento anti-retroviral suman el 15% y los servicios clínicos el 8%. El costo promedio de los servicios ambulatorios y de hospitalización para tratar a una persona con SIDA se estimó en 32,000 dólares anuales, en 1995, y el costo del tratamiento de una persona con VIH pero no con SIDA se calculó en 5,150 dólares anuales. A medida que la epidemia avanza, los aumentos en sobrevida, la introducción de tratamiento anti-retroviral sumamente activo (TARSA o HAART en inglés), los importantes progresos en la prevención de la neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP), el uso de antibióticos profilácticos, y el énfasis en el manejo ambulatorio de los pacientes, han cambiado profundamente la estructura de costos del tratamiento para la infección por VIH y del SIDA.

Hay una creciente necesidad de estudios de fármaco-economía del tratamiento para VIH/SIDA en la región. La aplicación de una metodología estándar en estos estudios permitiría identificar fuentes de variación de costos, estimar paquetes de tratamiento, y generar los datos necesarios para evaluaciones de costo-efectividad para intervenciones contra el VIH. La comparación de costos en la región latinoamericana es muy limitada actualmente, principalmente por la falta de datos regionales, inconsistencias en la metodología y diferencias en los protocolos terapéuticos.

Para costear los servicios involucrados en la atención de pacientes con infección por VIH se requiere considerar los siguientes elementos: 1) costos de tratamiento ambulatorio, número de visitas anuales, medicamentos, pruebas de laboratorio y procedimientos menores; 2) costo de servicios hospitalarios, que incluye el número anual de hospitalizaciones, tipo de atención (intensiva), días de estancia, procedimientos invasivos mayores y menores, fármacos y exámenes de laboratorio y radiología; 3) comparación de los costos observados con los esperados, con base en esquemas reconocidos de profilaxis y tratamiento, descripción de patrones locales de atención, estilos de práctica, y escasez de recursos para la atención. Este último punto es importante debido a que el costo del tratamiento depende de los recursos disponibles, lo cual no necesariamente es compatible con estándares de atención internacionalmente aceptados.

### Fármaco-economía del tratamiento para el VIH/SIDA

Los estudios de fármaco-economía para evaluar los tratamientos para la infección por VIH tienen como propósito orientar políticas con respecto a tratamientos integrales y conocer la factibilidad de los sistemas de salud para brindar un tratamiento de calidad de acuerdo con estándares internacionales. El tratamiento para pacientes con infección por VIH es complejo ya que requiere, por un lado, de la participación de especialistas actualizados y, por el otro, de la aplicación de tecnología diagnóstica para determinar la carga viral y las subpoblaciones de linfocitos, disponible sólo en algunos centros, así como la administración de medicamentos extremadamente costosos.

Con la introducción de la terapia antiviral altamente activa (TARSA) la sobrevida de los pacientes ha mejorado hasta en varios años. Sin embargo, al analizarse promedios poblacionales de pacientes tratados, la sobrevida sólo se ha extendido algunos meses. Esto crea un conflicto entre los clínicos que observan que los tratamientos benefician a sus pacientes y quienes asignan recursos, ya que estos últimos ven sólo un beneficio agregado

mínimo. Para ser efectivo, el tratamiento debe ser oportuno, apropiado, completo, y de por vida. En el caso específico del SIDA, las mayores limitantes para proveer de servicios de calidad a estos pacientes no sólo son económicas sino también de competencia profesional y de participación de los pacientes. Los avances en el manejo requieren una educación médica continua; los pacientes no siempre observan adherencia al tratamiento o a la profilaxis para prevenir infecciones oportunistas, y desde una perspectiva institucional el manejo es muy costoso. Para los sistemas de salud la mayor limitante es brindar a los proveedores de servicios programas de educación médica continua y a los pacientes un servicio oportuno, especializado, tratamientos profilácticos y tratamientos antivirales.

Para realizar estudios de fármaco-economía se deberá elaborar un inventario detallado de los requerimientos para el diagnóstico y tratamiento de infección por VIH de acuerdo con estándares aceptados internacionales. Las evaluaciones en centros que proporcionen tratamiento a pacientes con SIDA sirven para determinar la calidad de los tratamientos. Para establecer si estos manejos son apropiados se compara el manejo observado con los estándares reconocidos de atención. Estos datos se relacionan con evaluaciones del estado funcional y la calidad de vida utilizando instrumentos genéricos validados.

Los estudios de fármaco-economía en la infección por VIH requieren incorporar la siguiente información: 1) la cobertura del tratamiento de pacientes infectados con el VIH; 2) el estado del arte en el tratamiento; 3) la calidad de la atención médica; 4) el estado funcional y la calidad de vida de los enfermos; 5) los requerimientos para la educación médica continua; 6) el análisis de costos y efectividad de los tratamientos profilácticos; 7) el análisis costo-efectividad de tratamientos antivirales; 8) el impacto económico de la provisión de tratamiento en los servicios de salud, y 9) las alternativas para su financiamiento.

El análisis costo-efectividad de estos tratamientos incorpora en el numerador los costos de tratamiento y en el denominador los datos de efectividad reportados en ensayos clínicos. Con base en esta información se estima el impacto no sólo económico sino también epidemiológico de aumentar la calidad y cobertura del tratamiento para pacientes infectados por VIH, desde una perspectiva institucional. Finalmente, esta información sirve para explorar alternativas de financiamiento para el tratamiento de personas infectadas por el VIH.

### Definición de paquetes de servicios

Pocos países han avanzado en la definición de un paquete básico de intervenciones costo-eficientes que permita aumentar la cobertura de servicios a la población en el contexto de la reforma de los sistemas de salud. Este paquete accesible a un mayor número de ciudadanos tendría como objeto reducir la carga de la enfermedad medido en años de vida saludables perdidos. Los principios en los cuales se basa su diseño se presentan en el Cuadro 4.

CUADRO 4  
*Objetivos de la definición de un paquete básico de servicios*

Principios	Metas
Equidad	Asegurar que los servicios se proporcionan en forma equitativa
Eficiencia	Brindar servicios apropiados y costo-efectivos
Calidad	Garantizar que los servicios son de alta calidad técnica y están basados en la evidencia científica

El objetivo de la reforma es mejorar el nivel de salud de la población más vulnerable con base a la consideración de las enfermedades más importantes, las intervenciones más costo-efectivas y los recursos disponibles. Los juicios acerca de los servicios que se brindan obedecen más a la tradición, resistencia al cambio, o a inercias más que a ejercicios de evaluación y planeación estratégica.

Los paquetes de servicios de salud habitualmente se diseñan en grupos de intervenciones. Este diseño tiene la ventaja de que los servicios que se ofrecen pueden agruparse de acuerdo al nivel de complejidad y tipo de intervención (primer nivel, clínicos, segundo nivel, quirúrgicos). Esta agrupación también permite ordenar los servicios de acuerdo con su implementación operacional. Los principales servicios se agrupan en: 1) educación para la salud; 2) programas de salud movibles; 3) tratamientos médicos; 4) tratamientos quirúrgicos; 5) atención dental; 6) enfermedades de alto costo. Estas condiciones médicas son consideradas catastróficas desde la perspectiva económica de la familia. La cobertura de estos eventos catastróficos tiene como propósito proporcionar protección financiera a familias de escasos recursos económicos. Estas enfermedades incluyen el tratamiento clínico de personas con VIH/SIDA, malformaciones congénitas, transplante de córnea, riñón y médula ósea, cáncer y trauma mayor.

La mayoría de los gobiernos en América Latina dan prioridad a la atención de las mujeres embarazadas, a los recién nacidos y a los lactantes. Sin embargo, la meta de la reforma de los sistemas de salud es desarrollar paquetes integrales de servicios dirigidos a promover la salud, prevenir enfermedades, y proporcionar tratamientos clínicos y quirúrgicos para todos los ciudadanos sin discriminación de edad o género.

### **Paquete básico de tratamiento ambulatorio anti-retroviral**

Con el propósito de cubrir los costos de servicios para personas con infección por VIH y SIDA, al igual que de otras enfermedades consideradas como catastróficas, se requiere desarrollar planes de financiamiento que aseguren cobertura para toda la población. El objetivo de un paquete clínico de servicios para VIH/SIDA cuyo acceso sea universal depende de la capacidad financiera para comprar estos paquetes, principalmente de la estabilidad financiera y el crecimiento económico de un país.

El Cuadro 5 presenta los componentes de un paquete de tratamiento anti-retroviral ambulatorio para personas con VIH/SIDA estimado en US\$13,800 anuales por enfermo. El diseño de este paquete básico persigue tres objetivos: 1) universalidad; 2) equidad en los servicios que se otorgan; 3) garantía de calidad de los esquemas terapéuticos que sean acordes a un conocimiento científico actualizado. Este último punto se puede lograr mediante la designación de una proporción del presupuesto específico para integrar una fuerza de trabajo encargada de definir esquemas de tratamiento de la mayor calidad técnica y acordes al conocimiento científico. A diferencia de otros paquetes, éste incorpora dos rubros muy importantes: uno para desarrollar infraestructura y la construcción de capacidad como redes de laboratorios para procesar subpoblaciones de linfocitos CD4 y determinación de carga viral, y el otro que reconoce la necesidad de supervisar la adherencia al tratamiento mediante visitas domiciliarias con personal de campo específico.

El costo de este paquete permite determinar estimadores de costos globales para la población, y diseñar con más certidumbre fórmulas de financiamiento para pagar estos servicios. La Figura 2 combina los costos estimados de este paquete con la proyección del número de casos de VIH/SIDA vivos que requerirían tratamiento, y presenta estimados anuales del impacto económico futuro de la epidemia de VIH/SIDA.

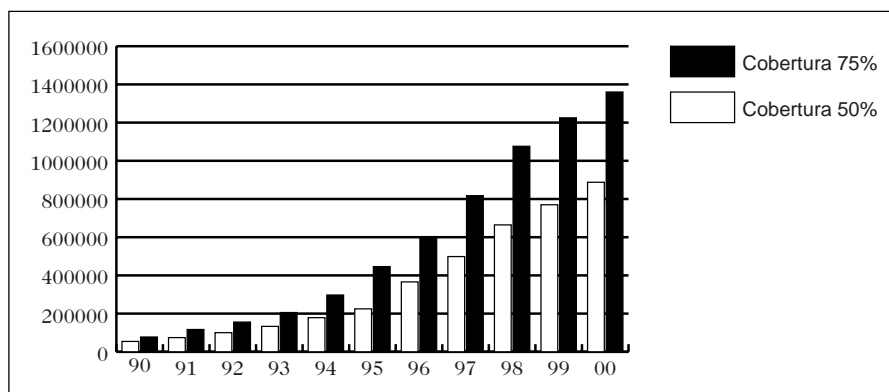
**CUADRO 5**  
*Costo clínico del tratamiento anti-retroviral y profiláctico, y de monitorización de laboratorio en un paquete esencial de servicios ambulatorios para el manejo de pacientes con infección por VIH y SIDA*

Servicios	Frecuencia	Costo anual*	% del total
TARSA**	Permanente	11,310.00	86.7
Profilaxis con antibióticos	Continuo	136.00	0.6
Carga viral	Hasta cuatro por año	485.00	3.7
Determinación CD4	Hasta cuatro por año	230.00	1.7
Biometría hemática	Hasta cuatro por año	53.00	0.4
Función hepática	Hasta cuatro por año	61.00	0.5
Consulta médica	Cuatro por año	160.00	1.2
Supervisores de campo para vigilar adherencia	Gasto corriente	276.30	2.0
Fuerza de trabajo en guías de tratamiento antiviral	Desarrollo organizacional	138.15	1.0
Desarrollo e infraestructura	Gasto de inversión	414.45	3.0
Costos administrativos	Gasto corriente	552.61	4.0
<b>Total</b>	<b>Anual</b>	<b>13,815.28</b>	<b>100.0</b>

\*Costo a precio de mercado en dólares

\*\*Terapia anti-retroviral altamente activa que comprende el costo promedio de varias combinaciones que incluyen dos análogos de la transcriptasa y un inhibidor de proteasa

**FIGURA 2**  
*Costo anual para proporcionar un paquete de tratamiento ambulatorio a casos de VIH y SIDA*



Estimaciones asumiendo un costo anual de \$USD 12,000 per cápita y con dos niveles de cobertura en la población de personas con VIH/SIDA en América Latina

A medida que el tratamiento de la infección por VIH aumenta las expectativas de sobrevivencia, la asignación de recursos para esta enfermedad se enfrenta a una mayor competencia entre programas preventivos y curativos. Los tomadores de decisiones confrontan la difícil decisión de invertir en programas preventivos de efectividad a veces no determinada o de asignar los recursos para el tratamiento de pacientes con SIDA. Mientras que los servicios clínicos proveen beneficios individuales, los programas de salud pública están orientados hacia la comunidad. La toma de decisiones se dificulta cuando se carece de apoyo técnico que proporcione información sobre costos y beneficios de las alternativas que están compitiendo.

### Paquete básico de intervenciones preventivas contra el VIH

Los programas preventivos ocupan un lugar preponderante en la reforma del sector salud. La educación y la promoción para la salud son herramientas costo-efectivas para prevenir enfermedades infecciosas y crear conciencia para prevenir la infección por VIH. Las actividades de promoción de la salud y la prevención de enfermedades enfatizan los programas de educación para la salud en las escuelas. Estos programas se enfocan a enfermedades de transmisión sexual. Los programas de movilización comunitaria se dirigen a la detección, vigilancia, seguimiento y tratamiento supervisado de ETS, tuberculosis y tratamiento anti-retroviral para personas con VIH/SIDA. Estos programas también incluyen consejería y distribución de condones a grupos de alto riesgo. El mercadeo social se emplea también como una herramienta para promover la salud y prevenir enfermedades sexualmente transmitidas en un contexto cultural, y para un grupo de la población determinado. La mayoría de los ministerios de salud asumen la responsabilidad de la salud de la comunidad mediante la provisión de servicios preventivos financiados con los impuestos generales.

La estimación de los costos de estas intervenciones preventivas sería de enorme utilidad para efectuar ejercicios de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el VIH. Por ejemplo, usando DALY'S como una medida de efectividad, datos publicados por el Banco Mundial estiman que intervenciones tales como el sexo protegido tienen una razón costo-efectividad de US\$700 por cada DALY ganado, el tamizaje de productos sanguíneos de US\$11,000 por DALY, el tratamiento de ETS de US\$150 por DALY, y el tratamiento del SIDA con monoterapia anti-retroviral de US\$9,000 por DALY. Por un lado, estas cifras contrastan enormemente con la razón costo-efectividad de otras intervenciones, como el programa ampliado de inmunizaciones con un costo estimado de US\$35 por DALY ganado; por otro lado, estas razones son específicas al contexto y tanto el costo como la efectividad pueden variar significativamente de un país a otro. Basándose en el criterio de costo-efectividad, es posible diseñar un paquete esencial de intervenciones preventivas que incluya sólo aquellas intervenciones más costo-efectivas, es decir, que puedan comprar más DALY'S al menor costo marginal.

La ventaja de desarrollar un paquete básico de intervenciones preventivas en países de América Latina serviría para estimar los costos de inversión en prevención. El propósito no sólo es responder a la pregunta de cuánto cuesta un paquete preventivo básico para un país determinado, sino también revisar en forma crítica la información sobre costos y efectividad de intervenciones preventivas para VIH existente en nuestra región. Para su desarrollo se emplean datos demográficos, epidemiológicos, de cobertura y costos de las intervenciones para relacionarlos con supuestos conservadores de efectividad de las intervenciones. Este paquete básico incluye: a) campañas de difusión a la población general en radio; b) campañas dirigidas a grupos específicos sobre uso de condón y sexo seguro utilizando medios impresos y videograbación; c) información y provisión de condones a trabajadoras del sexo; d) red de bancos de sangre para el tamizaje para VIH en pro-

ductos sanguíneos; e) ampliación de la cobertura para el tratamiento de ETS y garantizar la calidad de estos tratamientos mediante la elaboración de protocolos de manejo, educación continua y medicamentos disponibles en clínicas de atención primaria, y 6) implementación de programas de intercambio de agujas y equipos de limpieza con cloro en usuarios de drogas intravenosas.

Los ingredientes para el modelo son: 1) el paquete básico de intervenciones; 2) la cobertura de la intervención; 3) costos de cada intervención, y 4) efectividad de las intervenciones.

*CUADRO 6*  
*Paquete esencial de intervenciones preventivas para VIH/Sida en una población hipotética de 1 millón de personas*

Componente	Población Objetivo	Costo de estas acciones*	% del total	Per cápita \$US
Medios masivos	Población General	760,000	24.8	0.260
Intercambio agujas	Usuarios de drogas-IV	146,000	4.7	0.146
Educación a trabajadores del sexo	Trabajador del sexo	150,000	4.9	0.150
Tamizaje sanguíneo	Unidades transfundidas	100,000	3.3	0.040
Tratamiento ETS's	Enfermos con ETS	135,000	4.4	0.085
Tamizaje y consejería para embarazadas	Mujeres embarazadas	825,750	26.9	0.618
Profilaxis Embarazadas	Embarazadas VIH+	110,500	3.6	0.110
Mercadeo de condón	Población sexualmente activa	245,000	8.0	0.245
Evaluación y capacitación	Desarrollo organizacional	347,351	10.0	0.347
Administración	Gasto corriente	694,702	20.0	0.694
Total	Operación del programa	3,473,511	100.0	3.47

\*Costos estimados en dólares

Incorporando datos regionales, este paquete puede producir información sobre costos totales, costos promedio y costos marginales para cada una de las intervenciones preventivas. Con base en este ejercicio, el costo anual para proveer un paquete esencial de intervenciones preventivas para una población hipotética de un millón de habitantes se estima en US\$3.47 per cápita. Esta cifra es cercana al gasto per cápita para proporcionar tratamiento anti-retroviral a 275 personas con VIH/SIDA que residen en la misma localidad (prevalencia estimada del 1% en la población general y 275 casos sintomáticos que requieren tratamiento), y se estimada en US\$3.60 por año. Ambos programas, preventivo y curativo, serían equivalentes a un gasto anual de US\$6.77 per cápita.

Debido a que los costos y estrategias son diferentes entre un país y otro, este paquete debe ser lo suficientemente flexible para ser usado en contextos de jurisdicciones específicas. Los contenidos del paquete podrían modificarse. Por ejemplo, en Brasil y Argentina la epidemia por el uso de drogas intravenosas es mayor que en Centroamérica.

Mientras que las campañas preventivas dirigidas a las trabajadoras del sexo serían importantes para Honduras, los programas dirigidos a asegurar el suministro de sangre libre de agentes infecciosos son universales. También es cierto que en la mayor parte de los países algunos de estos programas preventivos ya existen, por lo tanto la pregunta que puede responder este modelo es cuál es el costo marginal de aumentar la cobertura del programa y cuál la efectividad esperada de esta inversión adicional. El diseño de un paquete básico de intervenciones preventivas podría dar respuesta a la necesidad de información que sobre la efectividad de inversiones en prevención requieren los directores regionales de los programas de SIDA, así como los tomadores de decisiones de agencias gubernamentales.

### **El papel de la industria farmacéutica**

Uno de los problemas más controvertidos cuando se habla de acceso al tratamiento está relacionado con el precio de los anti-retrovirales ofrecido por la industria farmacéutica. El papel de la industria es claro: invierte en investigación costosa para desarrollar mercancías que tienen un valor social como satisfactores y un valor comercial. La inversión en investigación por parte de la industria es estratégica para desarrollar productos nuevos que constituyan éxitos comerciales. Esta inversión será posible siempre y cuando mantenga finanzas sanas y produzca ganancias a sus inversionistas. Cuando no hay ganancias el incentivo para desarrollar investigación privada y la posibilidad de tener nuevos o mejores productos se detiene. Estas son las reglas del mercado, sus incentivos son económicos y tienen un valor importante en el desarrollo de satisfactores sociales y productos de consumo.

Lo cierto es que para la industria privada el objetivo es maximizar sus ganancias y éste es el motor que incentiva una nueva investigación. Los precios y ganancias de la industria farmacéutica producen todo tipo de discusiones, a veces de manera informal, otras de manera violenta. Los elevados precios de los anti-retrovirales representan una de las mayores barreras para que los enfermos accedan a este tratamiento. Algunas propuestas para reducir el costo plantean la posibilidad de efectuar compras consolidadas (masivas) de anti-retrovirales por una sola entidad, gubernamental, internacional o no lucrativa, para aumentar la capacidad de negociación de estos productos. Esto nos hace reflexionar si como sociedad deberíamos modificar el contrato con la industria farmacéutica.

### **La respuesta de la iniciativa privada, las corporaciones y los negocios**

Esta es una iniciativa que permite incorporar la experiencia y el conocimiento del sector corporativo en la lucha contra el SIDA. La iniciativa privada está trabajando apoyando propuestas en mercadeo social, de inversión en educación, y en las muchas fundaciones y grupos filantrópicos que apoyan a voluntarios e instituciones con donaciones, equipo, asistencia técnica y financiera.

Las corporaciones de negocios necesitan fortalecer la iniciativa internacional de lucha contra el SIDA y no aislarse de este esfuerzo. Las corporaciones y negocios no sólo aportan beneficios a la sociedad a través de sus productos, como asociaciones de ciudadanos requieren trabajar conjuntamente con el sector público. Esta respuesta, sin duda, opera en beneficio de los propios negocios, pero también en beneficio de la comunidad a la cual sirven. En algunas regiones la epidemia de VIH/SIDA ha provocado: 1) pérdida de personal experimentado, particularmente trabajadores capacitados; 2) demanda de mayores recursos para contratar, entrenar y retener al personal; 3) ausentismo y reemplazo constante de

personal; 4) baja productividad, y sobre todo 5) aumento en los costos globales en salud, en seguros médicos, en primas de seguros de vida y en gastos por discapacidad.

Las empresas deberían organizar, por lo menos, programas de educación sobre el VIH en el sitio de trabajo. Muchas compañías operan programas de concientización entre sus empleados. Algunas multinacionales tienen tantos empleados alrededor del mundo que incluso ellos participan como replicadores.

El Programa Mundial de las Naciones Unidas contra el SIDA (Onusida) ha identificado cuatro tipos de respuestas corporativas contra el VIH/SIDA: 1) cuidar los intereses comerciales directos; 2) contribuir a la protección de los inversionistas; 3) actuar filantrópicamente, y 4) adoptar el papel de liderazgo. Para una compañía hay muchos factores en la sociedad que pueden afectarla por lo que su participación en actividades de salud pública y con las organizaciones de voluntarios es muy importante.

### **Financiamiento de los servicios para personas con VIH/SIDA**

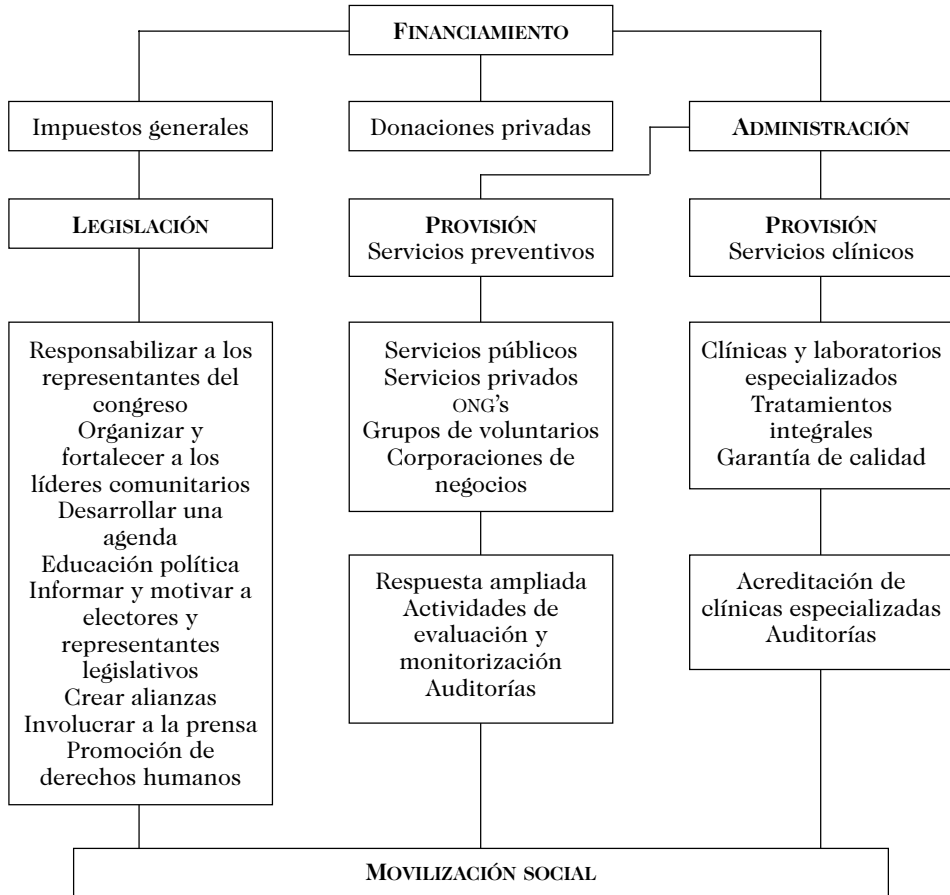
A medida que la infección por el VIH avanza en América Latina y el Caribe los países de la región están empleando diferentes esquemas para financiar y proveer de servicios de salud a los enfermos. Los costos directos desafían la estabilidad financiera de las instituciones de salud que no reciben partidas especiales para atender a estos enfermos. El costo de la carga de la enfermedad causada por la infección por VIH varía de acuerdo con los sistemas de salud. El impacto para los sistemas de seguridad social en América Latina que cubren entre el 30% y 40% de la población puede desequilibrar sus finanzas. Por otra parte, la atención de los pacientes que acuden a clínicas y hospitales públicos podría estar sujeta a su propia capacidad para pagar servicios que no están disponibles en estas instituciones públicas, y por lo tanto recibir una atención insuficiente debido a barreras económicas.

Los costos de una enfermedad dependen de su demanda; si bien el 65% de los casos de SIDA en la región se localizan en Argentina, Brasil y México, el costo de un paquete de servicios ambulatorios representaría el 0.02%, 0.11% y 0.06%, respectivamente, del producto nacional bruto. Los países que actualmente brindan tratamiento anti-retroviral son Brasil, Chile, Argentina y Colombia, todos ellos de ingreso medio. El gasto actual en salud en América Latina es en promedio de US\$150.00 anuales per cápita. La provisión de un paquete ambulatorio de tratamiento para pacientes con VIH/SIDA requeriría agregar un gasto marginal de US\$3.47 per cápita. Esto representa un incremento sustancial para privilegiar y cubrir los servicios clínicos para una sola enfermedad.

Para hacer frente al problema de acceso a tratamiento anti-retroviral se deben buscar fórmulas de financiamiento público y privado garantizar el acceso a este tratamiento al mayor número de enfermos. Las reformas al sector salud deben de tomar en cuenta costos, esquemas de financiamiento y las circunstancias en las que se ofrecen los servicios para las personas afectadas por el VIH.

Una lección es que el acceso a servicios para personas con VIH/SIDA parece depender de dos factores: 1) la capacidad de un país para invertir en estos tratamientos —típicamente los países de ingreso medio en la región—, y 2) el grado de solidaridad de la sociedad para con este tipo de enfermos. El acceso a la terapia anti-retroviral en algunos países de la región se ha logrado no sólo por avances democráticos en la zona, sino también gracias a un decidido y creciente activismo político. Dos trabajos presentados en la Conferencia Internacional de SIDA por Brasil y México coinciden en que la movilización social es crítica. La Figura 3 intenta representar en forma esquemática el papel de la movilización social en el financiamiento de servicios preventivos y curativos para el VIH/SIDA.

**FIGURA 3**  
*Esquema de financiamiento, administración, y provisión de servicios para personas con VIH/SIDA de base comunitaria sin seguro social ni privado*



Debido a los elevados costos del tratamiento del VIH/SIDA, la forma más lógica de mitigar los daños ocasionados por esta epidemia es distribuir los costos entre la población en general. Es decir, financiar los servicios para enfermos con VIH/SIDA mediante impuestos generales.

En México recientemente se implementó una fórmula de financiamiento alternativa para proporcionar tratamiento anti-retroviral. La creación de un fideicomiso denominado FONSIDA garantiza el acceso a tratamientos anti-retrovirales a niños y profilaxis para mujeres embarazadas. Su origen, misión, estructura y organización requieren de un seguimiento y un análisis detenido ya que podrían brindar lecciones interesantes para otros países en la región.

## Conclusiones

Esta revisión analiza la inclusión de servicios para prevenir la infección por VIH y para mitigar el daño a los enfermos con SIDA mediante tratamiento anti-retroviral en el contexto de la reforma de los sistemas de salud en los países latinoamericanos. Como esta epidemia plantea un enorme reto y pone en crisis el desarrollo de algunos países en la región, los gobiernos latinoamericanos se enfrentan al problema de asignación de recursos para una enfermedad que no existía y que está aumentando dramáticamente de un año al siguiente. Todo esto ocurre simultáneamente con la transformación de los servicios de salud en la región, que va desde la buena intención de descentralizar y modernizar los servicios de salud, hasta la reforma total en el financiamiento, administración y provisión de estos servicios. De tal manera que se presenta el doble reto de dar respuesta a viejas y nuevas demandas mediante la inclusión de servicios preventivos y curativos para enfermedades emergentes dentro de los esquemas nuevos y tradicionales del sistema de salud.

Cuando uno se pregunta si el proporcionar tratamiento en la región latinoamericana es factible, también se pregunta si es un problema político o económico. El problema político que representa la aprobación del gasto público para anti-retrovirales y otras enfermedades de alto costo, tiene su respuesta en el hecho de que como sociedad nos solidaricemos con las personas que sufren enfermedades catastróficas; estas decisiones se reflejan en legislaciones paralelas al proceso democrático que vivimos. No hay duda de que el acceso a la terapia anti-retroviral, en algunos de los países en la región, se ha logrado mediante un decidido activismo político.

Para analizar el problema de recursos económicos hay que revisar el nivel del gasto social que los gobiernos asignen para disminuir inequidades. En América Latina los países de ingreso medio como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, y Colombia ya están proporcionando estos tratamientos. Uno de los ejemplos más interesantes es Brasil, que además de tener el mayor número de casos de SIDA en América Latina, también sufre de problemas económicos comunes a la región. Sin embargo, la provisión universal de anti-retrovirales ha logrado aumentar el presupuesto global en salud y le está ayudando a combatir una de las mayores inequidades en el acceso a tratamiento médico. Paralelamente a ello, en el estado de Sao Paulo la mortalidad por SIDA se ha reducido en un 30%.

La compra de drogas anti-retrovirales y su inclusión en la provisión de servicios de salud tiene una clara relación con el nivel de desarrollo económico de un país y con su capacidad de compra de estas terapias costosas. Sin embargo, lo que parece ser el factor más importante para el acceso al tratamiento está ligado a formas equitativas de acceso a educación, salud y desarrollo. La provisión universal de un paquete de tratamiento anti-retroviral altamente activo podría representar US\$13,800 anuales por paciente, es decir, un aumento marginal promedio de US\$ 3.70 per cápita sobre el gasto

anual en salud, estimado en un promedio de US\$150.00, y que representa el 0.8% del PNB en la región.

Es claro que los países de la región latinoamericana deben privilegiar los programas preventivos y algunos de ellos están en condiciones de pagar tratamientos anti-retrovirales para enfermos con SIDA. La reforma al sector salud debe considerar a la epidemia de SIDA como una emergencia y los nuevos sistemas deberán ser diseñados para hacer frente a esta enfermedad. Las metas de la reforma de salud que incluyen la mejoría en el acceso y la equidad en la provisión de servicios de salud deberán incluir a los pacientes con infección por VIH y SIDA. Estos enfermos tradicionalmente han sido discriminados por los sistemas de salud, con un acceso limitado a los servicios curativos, y estando por tanto sujetos a tremendas inequidades en la provisión de servicios.

Para el diseño de los nuevos sistemas de salud, el análisis C/E puede ser útil para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos. Sin embargo, no necesariamente refleja los niveles de equidad en una sociedad. Mientras que el análisis de costo-efectividad es útil para establecer prioridades de inversión y para lograr una asignación de recursos más eficiente. El universo en la asignación de recursos en una sociedad es muy importante. Tradicionalmente el análisis costo-efectividad, para definir paquetes de servicios, se limita a presupuestos definidos dentro del sector salud. El resultado es perverso ya que se ponen a competir programas de salud dentro de un presupuesto muy limitado. Por ejemplo, compiten por el mismo presupuesto lo mismo programas de SIDA que de cáncer. El ejercicio de asignación de recursos debería ampliarse a sectores más amplios del gasto público y no poner a competir programas de desarrollo social, educación y salud. La equidad en la distribución de los recursos depende de los valores y el proceso político para la toma de decisiones, el nivel de democracia determina el control político de una sociedad.

La agenda de salud y derechos humanos cobra enorme importancia en el contexto de la globalización y de la cual los servicios de salud no están excluidos. Algunos países están transformando sus sistemas de seguridad social en esquemas de servicios privados. Para ello se asume que las fuerzas de mercado serán capaces de controlar costos a la vez que elevan la calidad de los servicios. Ésta es la base de la reforma de salud donde se espera que la competencia regulada basada en principios de eficiencia y control de costos mejoren las condiciones de salud de la población. Curiosamente los argumentos económicos no siempre son consistentes con los argumentos de derechos humanos.

Los sistemas de salud que consideran a la salud como un artículo de consumo personal permiten que el mercado module estos servicios. Bajo estos esquemas se ha observado que la cobertura de servicios es incompleta, la provisión es inequitativa y la calidad depende en grado sumo del precio de los servicios. En los sistemas de salud dominados por proveedores privados prevalecen la medicina curativa sobre la preventiva y el lucro sobre el humanismo. Si bien no se propone un Estado propietario en donde el financiamiento, administración y provisión de los servicios sean burocráticos, como sucede en los Estados totalitarios, tampoco debe olvidarse que, basado en un principio de equidad, es función del Estado distribuir la riqueza y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad.

La dramática recuperación de los enfermos que reciben anti-retrovirales no debe confundirnos, ya que la epidemia de SIDA sigue creciendo, la prevención debe privilegiarse. Debido a los elevados costos del tratamiento del VIH/SIDA la forma más lógica para mitigar los daños ocasionados por ésta y otras enfermedades de alto costo es distribuir sus costos entre la población general. Es decir, financiar los servicios preventivos y curativos para enfermedades catastróficas mediante impuestos generales. El acceso universal para tratamientos de enfermedades de alto costo depende de la capacidad y estabilidad tanto económica como financiera de un país para comprar estos paquetes de servicios.

## Bibliografía

1. Ainsworth M and Over Mead. *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic*. A World Bank Policy Research Report. New York: Oxford University Press, 1997.
2. Avila FC. Prevention and Public Health. In Izazola-Licea JA ed. *AIDS: state of the art: a review based on the 11th International conference on AIDS in Vancouver*. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.
3. Avila FC, MaWhinney S, Chequer P, Astarloa L, Child R, and Mohar A. *et. al.* "Reconstructing and predicting the HIV/AIDS epidemic in Argentina, Brazil, Chile, and Mexico using mathematical modelling. Final Report". Fundación Mexicana para la Salud, 1998.
4. Céspedes, Forsythe and Gailard. *The economic and social cost from the HIV/AIDS epidemic in Colombia*. (Abstract #34150). Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
5. Chequer Pedro. *Implications of antiretroviral treatments- Brazil*. Presented at the Consultation on the implications of Antiretroviral treatments. World Health Organization. Geneva, April 29, 1997.
6. Chequer PV, Sudo VE, Castillo E. "Bridging the gap: a southern governmental policy on antiretroviral therapy". (Abstract #44109). Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
7. Chequer PV, Barrios J, Astarloa A, Child R, Núñez C, Toro L, Santín M. "HIV/Aids horizontal technical cooperation in Latin America and the Caribbean". (Abstract #60613). Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
8. Chequer PV. "Government perspective on access to care in Brazil and Latin America". (Session #200). Paper presented at the 12<sup>th</sup> International AIDS Conference, Geneva, 1998.
9. Cuddington, John T. *Modeling the Macroeconomic effects of AIDS with an application to Tanzania*. World Bank Economic Review 1993; 7(2):173-189.
10. Carrington G, Perrot J, Sergent F. *Influence of financial participation by the population on the demand for health*. WHO Health and Development Series. Geneva, 1994.
11. Deninger K, Squire L. *A new data set measuring income inequality*. World Bank Economic Review 1996; 10 (3):565-91.
12. Foster S, Godfrey-Faussett P, Porter J. "Modelling the economic benefits of tuberculosis preventive therapy for people with HIV". *AIDS* 1997; 11: 919-925.
13. Hammer J. *Economic analysis for health projects*. World Bank Research Observer 1997; 12(1):47-71.
14. Holtgrave DR, Noreen QL, Graham JD. *Economic evaluation of HIV prevention programs*. Annual Review of Public Health 1996;17:467-88-
15. Izazola-Licea JA. *AIDS: state of the art: a review based on the 11th International conference on AIDS in Vancouver*. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.
16. Izazola-Licea JA, Saavedra J, Huerdo J. *Access to antiretrovirals: the role of political activism in Mexico*. Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
17. Jacek JA, Koopman JS, Simon CP, Longini MI. "Role of primary infection in epidemics of HIV infection in gay cohorts". *AIDS* 1997;7: 903-909.
18. Kahn J. "The cost-effectiveness of HIV prevention targeting". *AJPH* 1996; 86 (12): 1709-12.
19. Kacou JA, Soucat A, Malville E, *et. al.* "Minimizing cost of decentralization of care to AIDS/HIV patients to health center level requires health care reform implementation strategies". (Abstract #43519). Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.

20. Kaplan JE, Holmes KK, Jaffe W, *et. al.* "Preventing Opportunistic infections in HIV-infected persons". *Am J Trop Med Hyg* 1996;55:1-11.
21. Lamboray JL, Tambanjong A, Sirinirund P. "Health reform and HIV in Phayao: from crisis to opportunity". (Abstract #43511). Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
22. Lamboray JL, Tambanjong A, Kimnuan P. "A tool for budget analysis of HIV/AIDS activities". (Abstract #44251). Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
23. Laws M. "International funding of global AIDS strategy: official development assistance". In J. Mann and D. Tarantola, eds., *AIDS in the World II: The Global Policy Coalition*. New York: Oxford University Press, 1996.
24. Mills A, Broomberg J, Lavis J, Soderlund N. "The costs of HIV/AIDS prevention strategies in developing countries". WHO. GPA/DIR/93.2, Geneva, 1993.
25. Murray CJL, Lopez DA. "The Global Burden of Disease". WHO, Harvard School of Public Health, World Bank. Cambridge Mass: Harvard University Press, 1996.
26. Over M. "HIV infection and other STD's in developing countries: public health importance and priorities for resource allocation". *J Infect Dis* 1996; 174 (suppl 2) S162-75.
27. Pakdee P. *Funding priorities or HIV/AIDS crisis in Thailand*. Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
28. Saavedra LJ. *Economic impact of AIDS medical care in Mexico*. (Abstract #24140). Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
29. Saavedra LJ, and Magis RC. *Costos y gastos en atención médica del SIDA en México*. CONASIDA: Serie Ángulos del SIDA, México, 1998.
30. Sawanpanyalert P, Road TN, Samutprakarn P. "HIV/AIDS epidemic and health care reform initiative in Thailand". (Abstract #24143). Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
31. Soucat A, Nitayarumphong S, Phoolcharoen W, Lamboray JL. "Consequences of the HIV epidemic on the health sector on Cote d'Ivoire: implementation of the expanded response to AIDS requires operational strategies for effective Health Reform". (Abstract #43518). Paper presented at the 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998.
32. Stover J, Way P. "The impact interventions on reducing the spread of HIV in África: computer simulation applications". *African Journal of Medical Practice* 1995; 2 (4): 110-20.
33. UNAIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. United Nations, Geneva, June 1998.
34. UNAIDS. *The business response to HIV/AIDS: Innovation and partnership*. United Nations, Geneva, 1997.



SECCIÓN IV  
CIENCIAS SOCIALES\*

\* El Dr. Mario Bronfman es el coeditor de esta sección



CONTRIBUCIÓN DE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA LA  
COMPRENSIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA Y LA ORGANIZACIÓN  
DE LAS RESPUESTAS EN SU CONTRA

*Raquel Child*

### Introducción

Las Conferencias Internacionales de SIDA nos han ofrecido la oportunidad de compartir los conocimientos que hemos producido en relación con la epidemia VIH/SIDA en la que nos desenvolvemos, las variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales, asociadas y consecuencias que ella contiene; las formas de responder que hemos desarrollado, las nuevas metodologías de investigación que nos ha exigido utilizar como también nuevas formas de hacer y desarrollar políticas de salud. En estas Conferencias hemos podido contrastar características y comprensiones de la epidemia y las respuestas construidas entre actores de los más diversos puntos del planeta (1).

Al inicio de la epidemia, nuestras historias, los saberes, experiencias y conocimientos existentes en nuestros países y organizaciones, así como en los organismos internacionales de referencia nos señalaron respuestas a este nuevo problemas de salud pública, el SIDA. Ellos eran caminos ya recorridos, basados en experiencias con resultados e impacto en la resolución de problemas de salud de variada índole. Las estrategias básicas que ellos consideraban son propias de la salud pública en relación a las enfermedades infecto-contagiosas e incluyen la detección de los casos portadores del problema, su notificación obligatoria inmediata a los centros tomadores de decisiones, el aislamiento como mecanismo de eliminación de transmisión del germen responsable y la segregación de las poblaciones enfermas de las sanas, entre otras estrategias (2).

Sin embargo, visualizando la complejidad del problema que se enfrentaba, los tomadores de decisiones así como los investigadores y las personas que trabajaban de manera directa con los afectados, fueron incorporando de manera relativamente precoz en la evolución de la epidemia variables innovadoras e integradoras en las áreas problema que la enfermedad mostraba, en la búsqueda de comprensiones de la situación que se enfrentaba, en los procesos de planificación, en la formulación de los contenidos que planes y programas incluían como también en los procesos evaluativos de las acciones desarrolladas (3). En esta nueva forma de responder a este nuevo problema de salud tuvo un rol significativo la presencia, participación, análisis y muchas veces presión de los grupos de personas afectados por la epidemia (4), mostrándose una forma diferente de responder a un problema de salud que incluye considerar el problema desde las personas, ellas situadas en un contexto social, cultural y económico determinado que influencia de manera directa y compleja los comportamientos y las representaciones en torno a ellos. Así, en un proceso de cambio en la comprensión y en la forma de proponer el hacer salud, por más de una década hemos compartido el continuar trabajando enmarcados en conceptos que priorizan enfoques biomédicos y sanitarios fragmentadores de la esencia humana, de las personas y de las realidades en que nos desenvolvemos, con otros que van incorporando

una visión bio-psico-social y de participación social en la construcción de las propuestas y las respuestas. En este período hemos sido partícipes de la progresiva y creciente evolución del problema y los logros limitados obtenidos en esta construcción de respuestas efectivas en torno a ella, como también de las crecientes profundizaciones en la búsqueda de soluciones.

En este sentido hemos comprendido la necesidad de conocer los determinantes de las dificultades y los logros, incorporando las formas de investigar, comprender y trabajar que las ciencias sociales en su diversidad y diferenciaciones nos ofrecen; hemos asociado capacidades y experiencias diversas, con actores y organizaciones que se complementan (5).

Ello ha ocurrido tanto a nivel internacional, cuyo paradigma desde un punto de vista político es la creación del Programa Conjunto de SIDA de Naciones Unidas, ONUSIDA, como a nivel de los países. En éstos, desde sectores formales del Estado, instituciones de investigación y universidades, así como de sectores sociales y comunitarios es posible comprobar la instalación de estos enfoques asociativos, de complementariedad y sistémicos en su interpretación de la persona y el contexto en que se desenvuelve; de entre ellos, la II Reunión Anual del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA es un ejemplo de búsqueda de trabajo conjunto entre diversos actores involucrados en el problema (6).

El desarrollo de estas comprensiones sistémicas y focalizadas en las personas ha debido efectuarse en asociación con metodologías de investigación que más allá de las frecuencias de los fenómenos en observación buscan conocer los sentidos que las personas otorgan a dichos fenómenos, permitiendo avanzar en propuestas que den cuenta de los sentimientos, representaciones, valoraciones y disposiciones que presentamos, sociedades y personas.

Las conclusiones de la XI Conferencia Internacional de SIDA, desarrollada en 1996 y presentadas por SIDALAC (7), desde la perspectiva de las ciencias sociales nos señalan diversas áreas de trabajo a profundizar e implementar que aún están pendientes a pesar de los avances aquí reseñados. Es así como la necesidad de que existan compromisos gubernamentales, explicitados en la asignación de recursos económicos y en el desarrollo de colaboración nacional e internacional aparece como la primera conclusión del documento; este compromiso debe incorporar el apoyo y la coordinación con organizaciones comunitarias, lo que permitiría acceder a grupos vulnerables a la infección y que no son tocados por los sistemas tradicionales de la acción del Estado. Constatan en la Conferencia y sus conclusiones el impacto limitado que la entrega de información tiene en los cambios de comportamiento frente al VIH/SIDA; se indica que los programas de atención y prevención requieren considerar los determinantes sociales, culturales y económicos que construyen las vulnerabilidades frente a la epidemia; en el mismo sentido se señala que el empoderamiento y la movilización comunitaria han resultado ser las estrategias de mayor éxito frente a la epidemia y por lo tanto deben constituirse en los enfoques de los programas preventivos. Señalan la necesidad de manutención en el tiempo de los programas de prevención, los cuales reitera el documento de SIDALAC, deben incorporar de manera explícita el trabajo entre pares como estrategia de acceso a grupos no cautivos en los sectores Salud y Educación. El trabajo preventivo de transmisión del VIH/SIDA debe incluirse en una perspectiva más amplia que el tema VIH/SIDA aislado, perspectiva que aborde las inquietudes de las poblaciones con que se trabaja, considerando las consecuencias que las relaciones de género provocan en la negociación de sexo más seguro, el rol del tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en mujeres o los significados culturales de la iniciación sexual, así como de la asociación con la prevención del embarazo adolescente. Se sugiere que los materiales educativos sean elaborados y distribuidos junto con miembros de las comunidades a quienes van dirigidos,

dado que así se asegurará su pertinencia; sin embargo señalan, debe evaluarse su impacto, considerando el impacto limitado que se demuestra en la misma Conferencia que ellos tienen. Finalmente, aparece como conclusión de la Conferencia de SIDA de 1996 la necesidad de ofrecer un menú de alternativas preventivas más amplias que el uso del condón, tomando en cuenta las particularidades de cada grupo de la población con quien se trabaja.

En este contexto de antecedentes, los desafíos del problema VIH/SIDA parecen estar en el campo de la prevención de la transmisión, y en la formulación y gestión de los programas que desarrollan estos aspectos; considerando el tema VIH/SIDA desde una perspectiva global, no podemos dejar de señalar aquí el desafío que nos genera la disponibilidad de terapias farmacológicas efectivas y las limitaciones que nuestro continente tiene para acceder a ellas.

Para el primer desafío señalado, conocer las construcciones individuales y sociales en torno a la transmisión del VIH, la sexualidad y el consumo de drogas y sus correspondientes conductas preventivas nos deben permitir facilitar la comprensión de la evolución de la epidemia y las estrategias a desarrollar para modificarla en el sentido de sobrevivencia y calidad de vida que anhelamos. ; por otra parte el segundo desafío, el acceso a tratamientos eficaces, presenta variables económicas como también psico-sociales y culturales que no tocaremos en este texto.

También consideramos que en la construcción social en torno a la enfermedad está incluida la comprensión y el ejercicio del rol de quienes trabajan en este campo. Desde nuestra particular visión somos facilitadores de la construcción de capacidades con cada una de las personas con que interactuamos, capacidades para gestionar el riesgo personal frente al VIH y tomar decisiones en ese sentido. Desde una mirada de mayor completitud, trabajamos en la construcción de ciudadanía, en una perspectiva de desarrollo humano, en la cual la persona es sujeto de los procesos sociales; sus valores y afectos, sus conocimientos y motivaciones, sus miedos y sus proyectos, sus pautas socio-culturales y su sociabilidad cotidiana constituyen y conforman la posibilidad de crecer (8).

## La Conferencia

### *Comprensión de la epidemia*

Los trabajos presentados por nuestra región de América Latina y el Caribe en la XII Conferencia Internacional de SIDA que analizamos, nos señalan que estamos, gobiernos, equipos de salud, organizaciones no gubernamentales e instituciones de investigación en un proceso de comprensión progresiva de las necesidades de las personas y de los roles que la epidemia nos exige cumplir; pero no solo de lo que la epidemia nos exige, sino también del nivel de desarrollo de las comunidades en las que nos desenvolvemos y las necesidades y expectativas que presentan, comprendiendo que estamos en un mundo globalizado y modernizador, valorizador de las autonomías y las independencias, así como de la eficiencia en el logro de objetivos.

La Conferencia nos ofreció una cantidad limitada de trabajos que analizaran primariamente las variables sociales y culturales o económicas que están a la base de las conductas de riesgo en relación al VIH/SIDA; sin embargo contamos también con trabajos acerca de las dificultades a la prevención y desde ellos podemos avanzar en la comprensión de la dinámica que el problema está teniendo en nuestro continente, la que se caracteriza por la heterosexuización y pauperización, asociado a la mantención del número de nuevas infecciones en hombres que tienen sexo con hombres.

La revisión de los trabajos presentados que describen y analizan directamente las construcciones que en sociedades latinoamericanas hemos desarrollado en torno a la sexualidad en el marco del VIH/SIDA nos muestra que se efectúan básicamente en los microsistemas en los que nos desenvolvemos, la familia, los pares, las iglesias, teniendo los componentes macrosistémicos, como los medios de comunicación social, un rol limitado aunque creciente.

Así dos estudios en Puerto Rico, realizados por el mismo grupo de investigadores, analizan los condicionantes socioculturales de la construcción de la sexualidad en estudiantes universitarios. El primer estudio, efectuado con personas de ambos sexos, muestra por medio de metodología de grupos focales los actores que influenciaron sus comprensiones y realidades intrapsíquicas en los temas trabajados; la familia fue la de mayor significado, con la propuesta social del control de la sexualidad, del énfasis en los aspectos negativos que su ejercicio puede generar, el valor de la virginidad especialmente en la mujer y la censura a conductas no heterosexuales. Las medidas preventivas de sexo más seguro aparecen en el lenguaje de los participantes del estudio como un obstáculo a la confianza y el respeto a la pareja, especialmente si se trata de una pareja permanente, concluyéndose que dicha construcción se constituye en un problema a la prevención. Sin embargo aparece un elemento de apertura en este discurso oficial, el uso del condón como alternativa posible asociado a la disposición a conversar acerca de su utilización (9).

El segundo estudio, por medio de la misma metodología, demuestra en mujeres universitarias que también la familia es el principal condicionante de sus construcciones acerca de sexualidad hasta el momento de la adolescencia, para luego pasar a ser los/las pares y la universidad los principales elementos de influencia; reconocen a la familia y la iglesia entregándoles elementos negativos en torno a la sexualidad. En el grupo entrevistado se describen conductas homosexuales, las que son especialmente estigmatizadas, señalándose que al interior de dichas relaciones se da, al igual que en las relaciones heterosexuales que ellas mantienen, el cumplimiento de los roles de géneros tradicionales, siendo por lo tanto muy difícil la negociación de medidas preventivas; esta dificultad a la negociación sexual aparece agravada por el uso de alcohol y drogas en relaciones sexuales de riesgo (10).

Desde Brasil, diversas investigaciones muestran los discursos socioculturales en sexualidad asociados al VIH/SIDA. Mujeres jóvenes e informadas mantienen conductas de riesgo fundamentadas en la confianza en la pareja, dado el valor otorgado a ésta para la existencia de la relación, ello, en un escenario de dificultad de diálogo y en el que las decisiones son tomadas por el hombre (11).

En una investigación cuantitativa en universitarios brasileños, previamente informados, las mujeres encuestadas señalan al matrimonio como una condición protectora de la infección, estando presentes también en el estudio prejuicios negativos hacia las personas que viven con VIH (12).

Discursos similares que otorgan valor protector frente al VIH/SIDA a la confianza al interior de una relación y a una pareja estable, los encontramos en grupos de mujeres aparentemente distantes de las universitarias, como son las trabajadoras sexuales; en Sao Paulo un grupo de ellas dicen no usar medidas de prevención con sus parejas estables o conocidas por confiar en ellos (13). En Santos, puerto con una de las mayores tasas de infección del Brasil, las trabajadoras sexuales no utilizan preservativo cuando se rompe la relación comercial con el cliente, hecho que ocurre al ser tratadas con respeto, cuidado o amor durante la relación, conducta de riesgo similar a la desarrollada en el comportamiento con sus parejas afectivas (14).

En Brasil también, desde una investigación acerca de los valores en torno a sexualidad, el cuerpo, la salud, las ETS y el SIDA de mujeres de sectores socioeconómicos desfavorecidos, los investigadores, utilizando una interpretación de la simbología presen-

te en su lenguaje con un acercamiento histórico-cultural, describen las contradicciones encontradas entre sus vidas diarias y las asociaciones tradicionalmente conocidas como matrimonio y fidelidad, SIDA y actitud errada, homosexualidad y rechazo, etcétera. Curiosamente, tratándose de una investigación acerca de valores, las conclusiones de los autores ubican el origen de las contradicciones encontradas en la ausencia de incorporación del conocimiento científico en las mujeres entrevistadas, debido a su baja escolaridad y en que los valores adquiridos de su grupo de referencia no corresponde con las vivencias diarias (15).

En Argentina, una investigación en torno a las construcciones de género, encuentra también, por medio de metodologías de investigación participativas, que existen elementos estructurales que caracterizan y complejizan dichas construcciones, entre los que señalan la relación entre sistemas de salud rígidos y las necesidades de atención de las mujeres; el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en un marco de políticas económicas “duras”, todo ello en un escenario de concepciones clásicas de los roles de géneros y discriminación asociada al femenino (16).

En México, diversos estudios confirman los contenidos de los discursos recién señalados. Un estudio que busca conocer vulnerabilidad social en mujeres embarazadas estudiadas para VIH, encontró que de 3721 mujeres estudiadas, 1/3 de ellas había intentado alguna acción para discontinuar el embarazo, el 68 % de ellas tenía como motivación para el examen VIH “la salud del niño”, el 16 % reconoció alguna exposición a riesgo pero el 44% dice hacerse el examen por “tranquilidad de conciencia”; revelando todo esto inconsistencias conductuales, un insuficiente control sobre sus cuerpos y sus vidas así como una baja autoestima en un escenario con condicionantes estructurales como servicios de salud reproductiva insuficientes o condiciones de vida limitantes y construcciones socioculturales en el mismo sentido (17).

Encuestas de conocimientos efectuadas a diferentes grupos de personas, incluyendo estudiantes de escuela o universitarios muestran las diferencias en las construcciones de sexualidad y prevención del VIH/SIDA entre los géneros, hombres y mujeres, acompañando los resultados de las investigaciones cualitativas reseñadas. En Morelos, una encuesta representativa de la población escolar de entre 13 y 17 años muestra buen nivel de información acerca de la transmisión del virus, siendo destacable que las niñas tenían 1.6 veces menos conocimientos que los niños, habiendo participado en conjunto en las mismas actividades educativas (18).

Las construcciones sociales y culturales muestran todo su peso en las tasas de infección VIH a través de una investigación efectuada en Perú, cuya motivación es analizar la expansión de la epidemia a lo que los autores denominan “ciudades del interior de América”; en él muestran, a través de la asociación entre un método tradicional de la salud pública, la seroprevalencia VIH, y métodos etnográficos, la forma en que la epidemia se presenta en tres ciudades del interior del Perú y su relación con las respectivas culturas sexuales. En Iquitos, donde el comercio sexual es amplio, heterosexual y homosexual, la epidemia crece rápidamente, siendo la seroprevalencia encontrada de 0.23 %; en Cuzco, donde la sexualidad de la población local es cerrada y predominantemente heterosexual no se detectaron casos de infección en la población estudiada, y en Chiclayo, donde las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y las relaciones extramaritales son evidentes, la seroprevalencia VIH en la población estudiada es de un 0.46% (19).

Comienza a aparecer sin embargo, un nuevo componente en los discursos sociales, revelador de nuevas construcciones, como lo demuestra un estudio cualitativo asociado a una encuesta en mujeres de nivel socioeconómico bajo en Bogotá, Colombia. Ellas reconocen que el amor y el matrimonio no son protectores de la infección, ven la infidelidad como probable y expresan interés en conocer el condón femenino; al igual que muje-

res en otros estudios, también se mueven en el paradigma tradicional de dificultad a la negociación sexual y relatan dificultades para prácticas de sexo más seguro con sus parejas; la investigación incluye la explicitación por parte de las mujeres de un concepto de baja frecuencia de aparición en los discursos de género, como es el reconocimiento de su pasividad frente a la alternativa de negociación con la pareja, hecho que consideramos estratégico para poder modificar comportamientos (20).

La comprensión que la etnografía nos ofrece en esta Conferencia con relación a la evolución de la epidemia en el mundo homosexual de América Latina y el Caribe es significativa, tanto más cuando el número de trabajos presentados en esta área es escaso, al igual que lo que ocurre con el mundo masculino heterosexual.

En el nordeste del Brasil, por medio de metodologías de grupos focales se busca asociar rasgos socioculturales presentes entre hombres que tienen sexo con hombres y su exposición al VIH; los entrevistados señalan compartir una misma identidad y naturaleza sexual, la cual se caracteriza por ser incontrolable, promiscua e infiel de acuerdo a la expresión de los autores; esto los acerca al riesgo toda vez que abandonan el uso de medidas preventivas al tener una relación de estabilidad; por otra parte, los hombres entrevistados que se relacionan con mujeres, las representan como limpias y seguras, por lo que tampoco utilizan preservativos en esas relaciones sexuales (21).

En México, un estudio etnográfico en trabajadores sexuales muestra la gran variedad de situaciones en que desenvuelven su trabajo, los riesgos que toman frecuentemente en su trabajo y las escasas prácticas preventivas que desarrollan, reconociendo su actividad como de alto riesgo personal tanto como para sus parejas homosexuales o heterosexuales (22).

Las ciencias sociales también nos han entregado sus metodologías de reclutamiento de encuestados para el desarrollo de estudios cuantitativos tradicionales. Así por ejemplo, un estudio que busca relacionar antecedentes socio-demográficos con comportamientos de riesgo en hombres homosexuales y bisexuales en Río de Janeiro, Brasil, captó sus encuestados con metodologías de trabajo en la calle, contactos a través de los medios de comunicación y derivación desde centros de salud, obteniendo así una muestra amplia y difícil de obtener por métodos de selección estadísticos tradicionales. Desde la perspectiva de resultados, este estudio muestra que a mayor nivel educacional mayor conocimiento acerca del VIH/SIDA y mayor conciencia de riesgo, situación que no se correlaciona con comportamientos preventivos, dado que por ejemplo, el 27 % de los encuestados relatan sexo anal no protegido en relaciones con parejas casuales. Se concluye que la información puede ser un primer paso al cambio de conductas, pero se requieren otras intervenciones para lograrlo, situación ya planteada en la XII Conferencia Internacional de SIDA en 1996 (23).

En Lima, Perú, se investiga las motivaciones y los comportamientos sexuales de hombres homosexuales en cines pornográficos de la ciudad; mas allá de las frecuencias de comportamientos encontradas, se devela que las personas concurren a dichos lugares por ser espacios de libertad en los que ocurren encuentros, enamoramientos, comercio sexual, donde no hay prejuicios ni juicios con relación a las actividades allí desarrolladas, todo envuelto en un ambiente mórbido que les agrada (24).

Estos cuatro estudios nos muestran algunas características de las construcciones de la sexualidad en el mundo homosexual, ellos nos permiten comprender distinciones en las percepciones y sentimientos entre los diversos mundos existentes en el mundo, también necesidades nunca explicitadas ni reconocidas, fuente de aislamientos y discriminaciones que nos señalan las bases de vulnerabilidades al VIH/SIDA.

En la Conferencia, la investigación acerca de las construcciones en sexualidad y VIH en hombres heterosexuales está presente en menor frecuencia que la relacionada con mujeres y con hombres homosexuales. Sin embargo, la información disponible nos

permite avanzar en comprensiones para continuar profundizando los conocimientos existentes y el desarrollo de propuestas frente a la epidemia.

Una investigación que buscó conocer los factores psicológicos que influenciaron la exposición al riesgo de VIH en hombres ya infectados en Sao Paulo, Brasil, encontró como resultados la negación del riesgo al VIH lo asociado al tabú del sexo, la sangre y la muerte que la enfermedad les ofrecía; la heterosexualidad aparece como un elemento protector y de poder, en el entendido que sus mujeres les otorgan exclusividad sexual y que por otra parte dicha identidad los distancia del estereotipo del hombre infectado, el hombre homosexual. Todo ello en un ambiente de autocastigo dependiente de sentimientos culpabilizadores relacionados con represiones sexuales (25).

Un estudio cuantitativo efectuado en Sao Paulo, Brasil mostró un mayoritario rechazo a la infidelidad practicada por hombres o por mujeres, en un grupo de hombres encuestados representativos de la diversidad socioeconómica local; sin embargo, a pesar de este rechazo, el número promedio de parejas en los hombres casados del estudio fue de 1.45 al año. Al igual que en el estudio anterior, los comportamientos se dan también en un marco de represión negadora de las conductas desarrolladas (26).

Un segundo trabajo efectuado en Río de Janeiro, fundamentando su propuesta en la escasez de trabajo en VIH con hombres heterosexuales, su desconocimiento y ausencia en los temas de salud sexual, efectúa trabajo en salud reproductiva, género y negociación sexual para la toma de decisiones; durante su desarrollo se comprobó la dificultad de los hombres para conversar acerca de sexualidad, especialmente frente a mujeres, hecho que devela aspectos de vulnerabilidad masculina escondida bajo el ejercicio del poder. Comprobamos paradójicamente, una visión sexista en los fundamentos de la experiencia presentada: dado que las mujeres no pueden controlar el comportamiento de sus parejas, es necesario trabajar también con los hombres (27).

A partir de trabajos que muestran programas y actividades en prevención de la transmisión VIH, obtenemos también descripciones de las construcciones en torno al tema y su significado en la evolución de la epidemia en nuestro continente.

Una evaluación del impacto de una campaña focalizada de promoción de uso de condón en el marco de relaciones sexuales ocasionales que ocurren en moteles en Bogotá, Colombia demostró que solo el 34% de las parejas que mantuvieron relaciones con pareja ocasional utilizó los preservativos disponibles en la habitación; el 50% de quienes no lo utilizaron argumentaron razones de disminución de placer para dicha conducta (28).

En Sao Paulo, Brasil la formulación de un programa de prevención dirigido a adultos jóvenes, consideró un estudio cualitativo acerca de las diferencias de género y obstáculos para desarrollar comportamientos preventivos; en mujeres se encontró que sus representaciones de la sexualidad se acercaban a las complicaciones de su ejercicio, como el embarazo y al amor, y que sus experiencias de prácticas sexuales era limitada. En hombres se encontró que sus temas de interés y conocimientos eran las prácticas sexuales y la transmisión del VIH por prácticas de penetración anal. El papel de las intervenciones participativas en la modificación de las construcciones constituyó otro aporte de este trabajo; abrir el espacio de conversación al tema de la sexualidad y sus significados permitió a las mujeres de este grupo integrarlo como fuente de placer, comunicación y posibilidad de negociación de prácticas más seguras, con disminución de culpas e incremento de la confianza; y para los hombres apareció la disminución en su autopercepción de eficacia preventiva detectada en la etapa investigativa del estudio (29).

Las condiciones en que ocurre la infección por VIH nos señalan también los discursos y sentidos predominantes en esta materia en nuestras sociedades. En Río de Janeiro, Brasil, historias de vida de mujeres que viven con VIH y tienen hijos también infectados

muestran que ellas se infectaron en su mayoría con su pareja única, la representación de la enfermedad era masculina previo a conocer su propio diagnóstico; este se realizó a raíz de enfermedad de su pareja o de sus hijos; señalando finalmente que la negociación sexual para el uso de preservativo es dificultada por la dependencia económica y emocional con sus parejas (30).

Si asociamos la autopercepción de la infección y sus condicionantes a la atención de salud, encontramos dos trabajos reveladores de los discursos presentes en los equipos de salud y en sus usuarios, personas viviendo con VIH/SIDA.

En Argentina, en un estudio que busca develar los sentidos de la palabra Persona en la atención de salud de las PVVIH desde la bioética (único trabajo de la XII Conferencia indexado con este concepto), se concluye que la noción de Persona depende del contexto en que se ella se da y que se analiza, influyendo el género, la edad y el grupo social involucrado. En las PVVIH se observa una dicotomía entre el considerarse víctima/victimario y culpable/inocente la que es replicada por los integrantes de los equipos de salud, aun cuando ellos se desenvuelvan en organizaciones que dispongan de políticas institucionales no discriminatorias (31).

En este proceso de comprensión progresiva del VIH/SIDA y sus condicionantes desde una perspectiva holística, observamos que los conceptos de salud sexual y salud reproductiva comienzan a aparecer en trabajos presentados en la Conferencia. Ello implica que estamos considerando al problema VIH/SIDA inserto en una persona de dimensión psicosocial y biológica sistémica y que desde el rol de proveedores de atención de salud estamos en búsqueda de soluciones integrales a problemas de salud y de provisión de servicios.

En Colombia se generó una propuesta educativa basada en el producto de talleres con mujeres de nivel socioeconómico bajo, que trataron temas de género, sexualidad, salud reproductiva y VIH/SIDA, habiéndose logrado abrir nuevos espacios de conversación y nuevas áreas temáticas originalmente no consideradas en los productos del taller, lo que muestra uno de los valores de este enfoque integrador (32).

En Guatemala, a raíz de la baja demanda de condones en una clínica de planificación familiar, y buscando alternativas innovadoras de solución de problemas de salud, se decide asociar la atención de salud reproductiva y de VIH/SIDA, incorporando el asesoramiento con temas de salud sexual y salud reproductiva para la autopercepción de riesgo; como uno de los resultados aparece un incremento sostenido en la demanda de preservativos de un 44 % anual, lo que contiene implícito una satisfacción de expectativas y necesidades en estos aspectos de la salud (33).

En Argentina, una organización no gubernamental analiza la capacidad de dar atención integral de salud a mujeres que viven con VIH/SIDA en el nivel de atención primaria; las mujeres en busca de servicios de salud perciben esa alternativa como interesante, no detectándose conductas discriminatorias en las mujeres VIH negativas encuestadas; sin embargo en el equipo de salud se detectan actitudes de rechazo y discriminación, señal que la integración de los servicios de salud entregados a las personas aun tiene dificultades desde las construcciones históricas, mitos y prejuicios que condicionan nuestro accionar (34).

El rol de las religiones en nuestro continente se analiza de manera aislada y específica en un solo trabajo presentado en la Conferencia, el que proviene de Brasil y en el cual se revisa la argumentación de personas que viven con VIH/SIDA y deciden rechazar las propuestas terapéuticas de los equipos de salud; dichas argumentaciones se fundamentan en el rol de una divinidad como único protector de sus vidas, considerando que deben respetarse sus designios; las personas que desarrollan estas conductas pertenecen a religiones cristiano-protetantes o afro-brasileras (35). Comprobamos una vez más el poder de las creencias religiosas, las que destinadas a favorecer el bienestar y la completitud del

ser humano, en ocasiones dificulta el desarrollo de la vida y el reconocimiento de las realidades, ya sea en el campo de las conductas preventivas como se señaló en párrafos anteriores, como en aspectos terapéuticos aquí reseñados.

Las expresiones de la comprensión de la epidemia y sus condicionantes consideraran también búsquedas de formas no tradicionales, innovadoras, no racionales de explicitación de las construcciones personales y sociales de la sexualidad y el VIH/SIDA. Un ejemplo de ello es el trabajo denominado Libertad y Arte en Niteroi, Río de Janeiro, el que muestra la evolución en la autopercepción de personas que viven con VIH, desde su mirada de víctima hacia una propuesta de reconstrucción de su identidad, el/la ciudadano/a, sujeto de derecho en una sociedad que lo/la acepta, proceso desarrollado por medio de actividades de expresión artística que aparecen valorizadas como una forma de expresión del ser humano y en una perspectiva de logros de mejores condiciones de vida personales y familiares (36).

Todas estas experiencias presentadas en la XII Conferencia muestran elementos que hacen referencia al contexto psicosocial en que la epidemia ocurre, demostrando la interpretación psico-sociocultural que hacemos de ella y de los comportamientos que la condicionan, más allá de las interpretaciones de las ciencias biomédicas clásicas; ello incluye la utilización de metodologías investigativas acordes al tema que estudiamos y sus condicionantes, y que las conclusiones en general señalan la necesidad de trabajar con las personas y sus sentidos para lograr resultados en términos de comportamientos preventivos.

Según lo publicado en la Conferencia, la epidemia parece continuar asociada a condicionantes psicológicos y socioculturales caracterizados por la negación del problema, de los comportamientos y de la diversidad en torno a la sexualidad; por las contradicciones entre el querer, el pensar, el saber, el expresar y el hacer, presentes en los discursos individuales y sociales; aparecen también dificultades como son las dependencias, los roles de género, el discurso dominador y la pasividad para enfrentar dichos temas. Estos elementos se encuentran presentes en hombres y mujeres, hecho significativo, indicador de la cultura del poder en que nos desenvolvemos y dificultador a la prevención y al desarrollo de capacidades individuales y sociales para las respuestas que nos ofrezcamos como sociedades e individuos. Encontramos trabajos que nos muestran asociaciones entre los discursos individuales y comunitarios a vulnerabilidades y comportamientos de riesgo, la maternidad en mujeres que viven con VIH, el sexo no protegido en parejas discordantes entre otros.

Desde los autores de los trabajos presentados observamos también algunos hechos dificultadores de los cambios requeridos para impactar en la evolución de la epidemia en nuestro continente; algunos autores fundamentan sus experiencias en planteamientos discriminadores y sexistas; por otra parte encontramos una baja frecuencia de trabajos desarrollados con hombres heterosexuales así como homosexuales, lo que nos conduce a preguntarnos cómo entendemos los comportamientos, ¿desde un enfoque individual, relacional, social, sexista, dejando responsabilidades mayoritariamente en las mujeres aunque queremos su empoderamiento? ¿Ejerciendo discriminación positiva sin el mundo masculino homosexual o heterosexual?

Sin embargo, aparecen resultados alentadores en términos de evolución futura de la epidemia en experiencias que enfrentan estas dificultades desde sus bases, considerando a la persona en sus diversas dimensiones individuales y sociales, participando como actriz de los procesos en desarrollo, investigación o acción.

### *Organización de las respuestas a la epidemia*

Las respuestas que hemos generado en relación a la epidemia han ido incorporando progresivamente miradas y reflexiones que incluyen las propuestas conceptuales y analíticas que las ciencias sociales ofrecen, al igual que lo sucedido en la búsqueda de comprensión de la evolución de la epidemia recién analizado; se han incorporado sentidos, razones, complementariedades, impactos que la interpretación biomédica de la realidad no entrega; la visión sistémica del problema que enfrentamos, obtenida a través del intercambio con diversas áreas del conocimiento, nos han ido permitiendo avanzar en la construcción de respuestas más cercanas a las exigencias de la epidemia, reconociendo también nuestras fortalezas y debilidades en un proceso de construcción de respuesta .

La Conferencia nos ofrece diversidad de trabajos que muestran respuestas en diferentes áreas y que consideran esta perspectiva sistémica y globalizante en la creación de respuestas frente al problema VIH/SIDA.

En Brasil, un análisis de las publicaciones científicas efectuadas entre 1987 y 1997 muestra la evolución en el tipo de publicaciones y su enfoque, el que se mueve desde los grupos de riesgo, el control de la epidemia, lo cuantitativo hacia publicaciones que consideran aspectos socioestructurales, destacando la vulnerabilidad y los comportamientos como conceptos que nos aproximan hacia una descripción y comprensión más amplia y profunda del problema. Por otra parte, en este trabajo se comprueba que las publicaciones en el campo biomédico del SIDA han aumentado progresivamente en el tiempo, hecho concordante y esperable frente a la creciente disponibilidad de medios terapéuticos y la necesidad de su evaluación, así como en relación al conocimiento de las dificultades médicas que caracterizan a la enfermedad sin terapias (37).

La cooperación internacional ha representado una herramienta básica en la construcción de las respuestas nacionales en nuestro continente. Un trabajo efectuado en Brasil en el que se analizan las interfases entre las políticas nacionales y las internacionales, nos demuestra que la mayor parte de las agencias de cooperación internacional desarrollan colaboración con el gobierno y su programa de SIDA, existiendo mayor interfase entre las agencias multinacionales y el gobierno que entre éste y las agencias bilaterales; entre estas últimas, se comprueba una amplia diversidad de propuestas, diversidad especialmente amplia entre las agencias norteamericanas y europeas, ellas también desarrollan un mayor involucramiento con la sociedad civil independientemente de la relación establecida con el gobierno (38).

Como respuesta de cooperación que busca dar cuenta de las realidades en las que se inserta, se presenta la experiencia de creación del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA, el que reúne a los programas gubernamentales de SIDA de 14 países de la región y que desarrolla acciones de cooperación según una definición de cooperación que la considera como un proceso de intercambio de experiencias y conocimientos en condiciones de igualdad, en base a una agenda acordada en común y que entrega aprendizajes recíprocos (39).

Las características de la cooperación aquí descritas nos muestran diversidad en las formas de desarrollarse, pero en ambos casos se reconoce ella ha enriquecido nuestro quehacer, habiendo considerado el ambiente sociocultural y económico en que se desenvuelve, siempre en la perspectiva de desarrollo humano previamente señalada, sujetos y países actores de su propio crecimiento (8).

Los programas de prevención de la transmisión del VIH/SIDA han incorporado también los aportes que las ciencias sociales y sus herramientas nos han otorgado, ya sea en la formulación del problema a enfrentar o en las metodologías de intervención propuestas.

Programas intersectoriales para la prevención del VIH/SIDA en los ambientes escolares en Brasil son una señal de ello; consideran la asociación entre diversos sectores del quehacer del Estado como estrategia básica para la formulación y desarrollo de los programas, los cuales también incorporan la interdisciplinariedad y la utilización de formas y lenguajes culturalmente adaptados al público objetivo, en un avance desde las charlas y métodos de enseñanza vertical utilizados en la docencia médica y la escolar clásica, hacia intervenciones socioculturales participativas (40).

También en el marco de respuestas asociadas a la incorporación de la visión y metodologías de las ciencias sociales, podemos incluir las experiencias de trabajo en prevención participativas y horizontales, que han entregado la posibilidad de impactar en las construcciones intrapsíquicas y en los comportamientos asociados, como lo muestra una experiencia de producción de material educativo entre mujeres en Bogotá, Colombia (41) o la producción de un programa de prevención en población indígena del Brasil, donde también se produjo material educativo con la comunidad en un proceso desarrollado en el contexto intercultural local (42).

En este mismo sentido de incorporación de las diversas dimensiones de la persona en la generación de respuestas al VIH/SIDA, encontramos también que el humor comienza a ser valorizado por actores en salud, siendo utilizado como un elemento facilitador de la reconstrucción de identidades, especialmente luego de conocerse el diagnóstico de la infección con VIH y generarse la relación perversa entre ésta y la muerte (43).

Se presenta también la experiencia de una exposición internacional de historietas y prevención, organizada para la conmemoración del Día Mundial del SIDA 1997 en Sao Paulo, Brasil, la que llegó a millones de habitantes, con contenidos cercanos a sus vivencias diarias en un ambiente de humor que fue muy bien recibido (44).

Desde la gestión de programas de salud, ya sea desde organizaciones gubernamentales como no gubernamentales, la intersectorialidad aparece como una estrategia en aplicación y entregando resultados. En Lima, Perú se desarrolla un programa de promoción de la participación juvenil, movilización de recursos locales y empoderamiento para el ejercicio de sus derechos sexuales y de salud con jóvenes de tres barrios de ingresos medios bajos de la ciudad; ello se realizó por medio de articulación con los servicios de salud, contacto y movilización de autoridades políticas, de salud y educación, y medios de comunicación y una campaña multiestratégica de sensibilización; los resultados muestran gran compromiso juvenil y de autoridades de nivel intermedio, produciendo trabajo creativo, motivador y culturalmente apropiado; sin embargo no aparece compromiso mantenido de las autoridades superiores, hecho que compromete la sustentabilidad y el impacto del proyecto según los autores, a pesar del trabajo de los diversos actores sociales involucrados (45).

En Chile se desarrolla un trabajo participativo, intersectorial y comunitario que desde el gobierno busca instalar capacidades para responder a la epidemia en niveles comunitarios de las tres regiones más afectadas por el VIH/SIDA del país; se construyen 57 proyectos cuyos planificadores y ejecutores son actores sociales representantes de organizaciones del Estado y de la comunidad, quienes asociados en este proceso lograron movilizar a sus comunidades, incorporando incluso recursos económicos a los proyectos en ejecución (46).

República Dominicana presenta una experiencia organizativa y de contenido en educación sexual trabajada en comunidades rurales, la que habiéndose desarrollado en un escenario de dificultades tradicionalmente encontradas frente a este tema, logra revertir la situación gracias las estrategias y metodologías utilizadas. Incorpora a la comunidad en el proceso de investigación-acción, desarrolla módulos educativos grupales y pone como motivador la solidaridad hacia personas que viven con VIH/SIDA; se consti-

tuyen “clubes de jóvenes” que en conjunto con padres y profesores reconstruyen su cultura en el tema sexualidad (47).

Desde una perspectiva de comunicación masiva, buscando crear consenso en torno a las respuestas requeridas por la epidemia, ONGs mexicanas relatan la asociación a un diario de circulación amplia para la creación y distribución de un suplemento mensual acerca de SIDA, salud y sexualidad, *Letra S*; el periódico, tiene una distribución de 80.000 ejemplares mensuales a través del diario, asociándosele una distribución menor entre organizaciones de interés en el tema; se concluye que esta estrategia de difusión ha mantenido el tema SIDA en la opinión pública y ampliado los interesados al tocar áreas temáticas de mayor amplitud que el SIDA y haber sido producido en asociación con actores de la comunicación (48).

Comprobamos que en nuestro continente contamos con respuestas que dan cuenta de la complejidad de problema VIH/SIDA, incorporando capacidades profesionales individuales e institucionales así como de las organizaciones de comunitarias. Se muestran respuestas a la epidemia que consideran al público objetivo como actor estratégico del proceso, personas, incorporados en la formulación y ejecución de los proyectos; éstos se desarrollan en formas y lenguajes culturalmente apropiados; sin embargo ello se ve contrastado con expresiones tales como “intervenciones preventivas” o “proyectos para” que indican persistencia de construcciones verticales desde la cultura del poder, presente en los diversos actores sociales independientemente de sus pertenencias organizacionales. Se conforman y se participa en redes, asociando diversos saberes y quehaceres. Todo ello en un proceso progresivamente creciente en gobiernos y organizaciones de la sociedad civil.

## Conclusiones finales

1. La reseña efectuada en las páginas anteriores nos señala la incorporación de formas de comprender y trabajar el problema VIH/SIDA en el contexto psicológico y socio-cultural en que se presenta, considerando a la persona en su integralidad.

2. Desde las conclusiones de la anterior Conferencia Internacional en Vancouver (7), podemos señalar que hemos avanzado en los caminos allí propuestos.

3. Encontramos trabajo comunitario, acceso a grupos vulnerables, asociación entre diversos actores, incorporación del tema VIH/SIDA en otros de mayor amplitud, comprensión y trabajo en el tema considerando los determinantes sociales, culturales y económicos que conlleva.

Sin embargo encontramos aún insuficiente investigación confiable, compromisos gubernamentales insuficientes, la sustentabilidad económica de las respuestas montadas no aparece clara y los compromisos de los investigadores más allá de las militancias no aparecen; no aparecen tampoco los hombres y la masculinidad en su diversidad como actores centrales de la vida y del tema VIH/SIDA.

4. Desde las conclusiones de la Conferencia presentadas en la sesión final, comprobamos que nuestra región avanza en los caminos propuestos, con dificultades mayores que otras regiones, explicitadas a través de la menor cantidad de trabajos presentados, la concentración de ellos en algunos países de la región y una profundidad de análisis limitado.

En el sentido de los avances, aparece como fortaleza nuestra el trabajo desarrollado por organizaciones comunitarias, jóvenes, mujeres, equipos de salud que dan continuidad en este tema VIH/SIDA a una cultura de trabajo comunitario histórico en la región.

Las barreras a la prevención aparecen en áreas macro y micro sociales, destacando las inequidades sociales, culturales y económicas, así como la negación y represión en el ámbito de la sexualidad como factores fundamentales de las vulnerabilidades al VIH/SIDA.

5. Las ciencias sociales desde su mirada relacional y sistémica de la sociedad, y sus metodologías de estudio y trabajo nos han ofrecido los aportes centrales y estratégicos para avanzar en la solución del problema VIH/SIDA, incluyendo la adherencia a los tratamientos que las ciencias biomédicas nos entregan.

6. Requerimos continuar en la línea reseñada, ampliando y profundizando los conocimientos y las comprensiones que nos acercan a los comportamientos en torno a la sexualidad y su complejidad; conocer las marginaciones y quienes en ella se desarrollan; acercar dichos conocimientos de manera creativa a la construcción de políticas y actividades. Construcción de futuro, buscando nuevas formas de convivencia social que expresen nuestros sueños y realidades para avanzar en nuestro desarrollo humano en un mundo sin SIDA.

## Bibliografía

1. Libros resúmenes, 9,10,11 Conferencias Internacionales de SIDA.
2. Mann J, Tarantola D, Netter T. Aids in the World, pag 17. Harvard University Press, 1992.
3. Id, pag 569.
4. Id, pag 295.
5. ONUSIDA, 1996.
6. Declaración de Caracas, II Reunión Anual GCTH, Venezuela, 1998.
7. Izazola Licea J A. SIDA : Estado actual del conocimiento. pag. 135 Fundación Mexicana para la salud, 1996.
8. Desarrollo Humano en Chile, PNUD, pag 17, 1998.
9. Ortiz-Torres B. y cols. Understanding the social construction of sexuality and sex negotiation to further HIV/AIDS prevention among Puerto Rican college students. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14229.
10. Cunningham I. y cols. Understanding the social contexts of sexuality and gender roles in sexual negotiation for HIV/AIDS risk prevention among Puerto Rican female university students. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14237.
11. Hebling EM. Women and AIDS: Gender relations and risk behaviors. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14236.
12. Jeronimo ML y cols. Evaluation of KAB related to HIV among students, professors and staff at the Fed. University of M. Gerais, Brazil. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14120.
13. Laurindo Silva J y cols. HIV risk behavior and a sociocultural study among female sex workers from a low-income community in Sao Paulo, Brazil. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 43327.
14. Tigre MC y col. Qualitative focus of the preservatives non usage causes by Santos commercial sex workers. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 23590.
15. Padilha V y cols. How can women's values interfere in STD/AIDS prevention? 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 60333.
16. Laski M y col. Women, HIV and gender. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 23486.
17. Pedrosa Islas LA y cols. Social vulnerability in HIV prevention of perinatal transmission. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 23328.
18. Cruz-Valdes A y cols. Knowledge of HIV transmission and prevention among mexican adolescents. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 13172.
19. Cáceres C y cols. Is the AIDS epidemic expanding to inner cities in Latin American countries? A study of the case of Perú. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 13168.
20. Garcia-Vargas C y col. Social, sexual and reproductive aspects related to AIDS prevention among women in Bogotá, Colombia. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14149.
21. Kerr-Pontes L y col. The role of cultural and social world of MHSM in the risk of HIV transmission in northeastern Brazil. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14239.
22. Ligouri AL y cols. Male sex work in Mexico City. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 23596.
23. Lowndes C y cols. Sexual behaviour and perception of vulnerability to HIV infection in MHSM enrolled in a cohort study on HIV incidence in Rio de Janeiro, Brazil. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14106.

24. Angulo Daneri M. Research on homosexual population that attend frequently to Lima's pornographic cinemas. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 23141.
25. Cavallari CD. Conflicts related to sexuality as determinants of vulnerability to HIV/AIDS on heterosexual men. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 60822.
26. Vieira E y cols. Protective behavior among men in Sao Paulo City. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 13564.
27. Esther A y cols. Gender issues in HIV prevention for heterosexual men. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 43381.
28. Garcia-Bernal R y cols. Casual sex and condom use:an impact evaluation study in Bogotá, Colombia. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14295.
29. Antunes MC y cols. Why prevention works differently among men and women? Effect on AIDS prevention program for young adults in Brazil. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14290.
30. Vermelho L y cols. Transmission and prevention strategies. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 13173.
31. Domínguez Mon A y col. Person concept and AIDS: anthropological analysis of bioethics in medical care. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 60463.
32. Garcia Vargas C y cols. Social and sexual behaviour intervention against STD/AIDS among colombian women. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 14292.
33. Calderón Melgar M. Dual methodology in the family planning programs increase the demand of condoms. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 33116.
34. Bianco M y cols. Comprehensive care of HIV women at primary care services, a study and proposal in Buenos Aires, Argentina. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 60327.
35. Bauer PG y cols. Impact of religious beliefs on HIV preventive behaviors in Rio de Janeiro, Brazil. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 23587
36. Aquino MM y cols. The conquest of freedom through the arts. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 24371.
37. Bastos FI y cols. Research on HIV/AIDS in Brazil,1983-1997: a comprehensive review. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 60288.
38. Fontes M. Interface between national and international AIDS policies. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 43222.
39. Chequer P y cols. HIV/AIDS Horizontal Technical Cooperation in Latin America and the Caribbean. 12 Conferncia Mundial de SIDA. Resumen 60613.
40. Santos CE y cols. Young children need to know about sexuality, STD, AIDS and drug abuse. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 13522.
41. Perea I y cols. The focus group technique as a basic tool for the development of educational materials on information and preventive STDs/HIV/AIDS for urban marginal women in Colombia. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 33453.
42. Pellegrine M y cols. Challenge to prevent HIV/AIDS in the intercultural context:the brazilian experience among indigenous people. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 24108.

43. Do Valle C. Identities and social organization: an ethnographic study in the AIDS voluntary sector in Rio de Janeiro, Brazil. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 24102.
44. Codo Y y cols. The International Biennial Exhibition of Humour-No AIDS, with love. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 33507.
45. Cáceres C y cols. Sexual health in a young city : a community based intervention on youth sexual health in Lima. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 43170.
46. Toro L y cols. Intersectorial plans for the social prevention of HIV/AIDS. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 34157.
47. Alvarez RR y cols. Introducing participatory AIDS and sexuality education into a reproductive rural health project for adolescents and youths. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 13561. plain
48. Brito A y cols. Media impact/agreement between a NGO and a national newspaper: a successful experience of collaboration. 12th International AIDS Conference, Geneva, 1998. Resumen 34219.

## DIMENSIONES SOCIALES Y RELEVANTES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Carlos F. Cáceres*

### Introducción

Es probable que, en el aún lejano día en que la dolorosa pandemia del SIDA pueda ser adecuadamente controlada, la respuesta a la misma por parte de la humanidad pase a la historia de la salud pública en un lugar especial. Tendrá el honor, entre triste y feliz, de haber representado una movilización mundial sin precedentes por la variedad y cantidad de agentes involucrados. Y, tratándose de un ente codificable en los términos más sofisticados de la biomedicina de fines de siglo (i. e. una enfermedad viral de efectos en el sistema inmunológico), será recordada también por haber marcado un hito en el involucramiento inédito de científicos y trabajadores de todas las áreas sociales, además de la participación de amplios sectores de las comunidades afectadas. Esta diversificación de la autoridad en el conocimiento sobre el SIDA no ocurrió, en absoluto, en ausencia de conflicto, y las complejas pugnas que transformaron la respuesta de la sociedad a este problema representan un ejemplo privilegiado acerca de cómo la salud se convierte en un campo impugnado y sus conexiones con otros aspectos de la calidad de vida, la ideología, la moral y la integración social se hacen nitidamente evidentes.

El involucramiento de las ciencias sociales frente al SIDA se ha dado probablemente en base a cuatro lógicas sucesionales (aunque no lineales ni universales). Primera, la derivada del temprano reconocimiento de que el SIDA no tenía cura y de que, siendo claras sus vías de transmisión, las intervenciones para el cambio de comportamiento constituían la única medida a adoptarse con un impacto potencialmente significativo. Segunda, la resultante del planteamiento de la necesidad de cuantificar conductas “de riesgo” que entre, e incluso dentro de, comunidades distintas mostraban diversidad. Tercera, la derivada de la conciencia de que, más que una descripción de conductas individuales (sexuales o no), tendría relevancia un entendimiento de los significados de éstas, y de la forma en que estaban organizadas en el marco de sistemas culturales específicos que les daban sentido. Cuarta, la resultante del comprenderse que, dentro de los contextos culturales específicos, existen relaciones de poder entre los actores sociales que permean las interacciones entre ellos (incluyendo las sexuales) y que resultan fundamentales en la determinación de, en este caso, los niveles de riesgo de la conducta sexual de los individuos.

La cuestión de las relaciones de poder y su impacto en el riesgo queda claramente ilustrada por la tendencia casi generalizada de las epidemias de SIDA, en todas las naciones y comunidades, a “evolucionar” hacia el involucramiento paulatino de grupos depositarios de marginalidades y desventajas sociales diversas -minorías sexuales, migrantes, usuarios de drogas, comunidades pobres, mujeres y jóvenes. En otras palabras, el SIDA pasa a operar, progresivamente, como un gran marcador de la vulnerabilidad social en general. Obviamente, un análisis tan sofisticado de la realidad social

como el que implica la identificación de las fuentes de vulnerabilidad requiere del concurso de una gran variedad de profesionales incluso dentro de las mismas ciencias sociales.

Los congresos internacionales sobre SIDA, iniciados en 1985 en Atlanta (con una frecuencia anual que en 1994 pasó a ser bienal), tuvieron en el de Ginebra su duodécima versión. Es legítimo ver a estos congresos como la escenificación, teatralizada pero sin duda excepcional, de esta amalgama de esfuerzos, intereses y participaciones, así como del desarrollo tecnológico, diversidad e inequidad que representa la respuesta global contra el SIDA en la actualidad. Y en este contexto, las ciencias sociales han mostrado una participación también cambiante y, lo que es interesante, nunca minimizada por la aparición periódica de grandes novedades terapéuticas. Pese a la dificultad para definir lo que es ciencia social en este contexto (y reconociendo que en el fondo su separación precisa de, por ejemplo, la epidemiología, carece de importancia), diremos que en las ciencias sociales se ha hecho camino al andar y se ha construido progresivamente sobre logros y fracasos a lo largo de los años, ciertamente en un proceso no lineal sino lleno de conflictos que ilustran la diversidad teórica y metodológica subyacente en la variedad disciplinaria e ideológica. En el resto del presente capítulo intentaremos revisar algunos de los aportes de las ciencias sociales a la prevención de la infección por VIH, identificables antes y durante el Congreso de Ginebra 1998, así como plantear los retos aparentes para el trabajo futuro.

### **Aportes de las ciencias sociales en la historia de la epidemia**

No es tarea simple la historización de tres lustros de trabajo en ciencias sociales en relación con el VIH/SIDA, y tampoco es éste el espacio para emprenderla. Uno de los motivos centrales de la dificultad, por cierto, no es otro que el planteado por el viejo dilema constructivista: puede haber tantas historias como perspectivas; no hay una historia única ni objetiva, y pisamos un terreno movedizo. No lo anotamos a partir de una fascinación frívola por este relativismo, sino porque este periodo de trabajo no ha estado, ni está, exento de posiciones encontradas acerca de la forma en que las ciencias sociales pueden contribuir mejor a la prevención del SIDA. Nuestra mirada, entonces, no pretende neutralidad, pero aspira a brindar información lo más ecuánime posible sobre los distintos puntos considerados.

#### ***Momentos iniciales: la hegemonía de los modelos neoconductuales***

Una de las oposiciones de pensamiento más importantes en este proceso se ubica en el eje entre lo individual y lo colectivo, y reproduce tensiones clásicas en la historia del tema de la salud en las ciencias sociales. En la dirección a lo individual, la tradición estadounidense de la psicología de la salud y la educación para la salud impulsó tempranamente la recurrencia a modelos teóricos paradigmáticos en estas últimas (i. e. el modelo de las creencias en salud, la teoría social cognitiva, la teoría de la acción razonada, el modelo de las influencias sociales y otros) (1-4). Estos modelos neoconductistas tenían en común la centralidad de la conducta individual, vista como resultado fundamentalmente de una opción racional a partir de la información disponible y de otras presiones sociales; se operacionalizaban mediante la medición (en individuos mediante cuestionarios psicométricos) de conocimientos, actitudes, habilidades, intenciones de conducta, y conductas. Se planteaba que las conductas podían ser predichas por la relación establecida por la

teoría entre determinadas variables, y por medio de análisis multivariados se trataba de cuantificar en coeficientes el aporte de cada una de ellas. El modelo ideal sería aquel que redujera a 0 la varianza no explicada por las otras variables. Sin duda, la expresión metodológica fundamental de este enfoque ha sido la llamada encuesta CAP (de conocimientos, actitudes y prácticas).

De acuerdo a Aggleton (1) una segunda vertiente, impulsada sobre todo por epidemiólogos del comportamiento, privilegiaba la clasificación y enumeración de frecuencias de prácticas sexuales, y estaba bastante bien empatada con el trabajo de los psicólogos neoconductistas, excepto porque prestaba atención a variables biológicas (v. g. antecedentes obstétricos, historia de ETS, circuncisión). Su expresión metodológica fueron encuestas sobre conductas sexuales y estilos de vida realizadas a grupos muy diversos, y con el objetivo múltiple de determinar niveles basales de riesgo, identificar factores socioconductuales relacionados con los riesgos sexuales, y obtener información para cabildeo con tomadores de decisiones y, recientemente, para la elaboración de modelos de expansión de la epidemia. (5)

Las intervenciones comportamentales bajo este paradigma se orientaron a modificar en los individuos la situación o magnitud de los principales “determinantes” de las conductas sexuales, con la intención de producir un cambio en estas últimas. Diseñadas y puestas en práctica, estas intervenciones se orientaban primordialmente a la entrega de información, a la motivación de la conciencia de riesgo y el deseo de reducirlo, y al desarrollo de habilidades (para prácticas seguras, negociación sexual, etcétera).

### *Tensiones: la emergencia de los enfoques estructurales*

Hacia fines de la década de los ochenta e inicios de los noventa, una gran cantidad de investigaciones sociales sobre riesgo y prevención habían sido desarrolladas con base en los modelos de opción racional y los de la epidemiología comportamental. Aunque estos modelos iban más allá de la consideración del conocimiento como base para el cambio de comportamiento, y señalaban la existencia de otros factores psicológicos tales como las actitudes, así como de elementos interactivos tales como las presiones sociales, su unidad de análisis era el individuo, y un individuo en un espacio social homogéneo, sin conflictos ni relaciones de poder. Muchas intervenciones basadas en estos modelos, y por ende orientadas a cambiar las actitudes y habilidades de los individuos, no consiguieron cambiar las conductas (particularmente de manera sostenida), por lo cual se fue desarrollando un creciente escepticismo acerca de éstos. (1-3) Este escepticismo marchaba paralelo con cierto proceso de globalización de la definición de las políticas internacionales frente al SIDA, que en el campo de las ciencias sociales terminó de debilitar la hegemonía de los grupos tributarios de la psicología de la salud (en su mayoría de Estados Unidos), en aras de la emergencia de grupos tributarios de enfoques socioantropológicos, sobre todo angloeuropeos. Este segundo enfoque nunca ha llegado a ser plenamente hegemónico, sobre todo por las conexiones del primero con el paradigma dominante en salud en general, pero su importancia se ha hecho sentir progresivamente en un amplio conjunto de publicaciones, conferencias y redes de trabajo.

La llegada de enfoques socioantropológicos, particularmente de los tributarios del interaccionismo simbólico y del constructivismo social,\* significó fundamentalmente tres cosas:

1. Un abandono progresivo de la focalización en conductas de riesgo individuales (y sus determinantes y, consecuentemente, pronosticadores de cambio) frente al surgimiento de una preocupación por fenómenos colectivos (interacciones) y sistemas socioculturales de significados que albergan y dan sentido a lo sexual. (2) Efectivamente, se desarrolló un discurso crítico sobre positivismo y esencialismo\*\* en investigación en sexualidad, y se recuperó la idea (sugerida por Foucault (6) y más ampliamente desarrollada por Rubin (7) y Weeks (8), de que la sexualidad es una construcción social, diversa en el tiempo y en el espacio, y resultante de (o constituida por) un sistema de significados y valoraciones culturales acerca de lo sexual, establecido históricamente en una sociedad determinada. Así, entendiendo la sexualidad como una estructura que moldea ampliamente las prácticas sexuales, la modificación de estas últimas pasa por impulsar un cambio de las culturas sexuales, previamente a lo cual una comprensión de estas culturas sexuales es necesaria. Ello no implica la eliminación del individuo\*\*\* en esta figura, pero sí un redimensionamiento de su protagonismo.

2. Cierta escepticismo por las técnicas de investigación cuantitativas (encuestas, pruebas psicométricas y otros) y un empoderamiento de las cualitativas. El impulso de los métodos cualitativos como alternativa a los hegemónicos cuantitativo-estadísticos representó el correlato natural de la emergencia de los enfoques interaccionistas y constructivistas. Luego de un primer momento de controversia activa, se ha observado una normalización mediana de los métodos cualitativos, no sin cierta banalización de los usos y de las técnicas en sí, y promovida entre las agencias financiadoras en términos de la triangulación de ambos tipos de técnicas para mejorar la calidad de las investigaciones. Aunque la triangulación ha sido observada por algunos como poco justificable en términos teóricos (9), hay coincidencias en su utilidad pragmática. Un elemento adicional, y a veces poco resaltado en el empleo de la triangulación, es el acercamiento producido a priori

\* El interaccionismo simbólico, en cuya formulación se reconoce protagonismo en George Herbert Mead (93), es un enfoque que ve las interacciones entre las personas (que hacen, finalmente, la realidad social) como posibles en virtud de los significados compartidos entre ellas acerca de los elementos de su experiencia colectiva. Entonces, se concentra en el análisis de la génesis, comunicación y transformación de estos significados, organizados en sistemas culturales. Por su lado, el constructivismo social, más concretamente formulado por Berger y Luckmann (12), surge inicialmente como un análisis sociológico de la generación del conocimiento científico, que desmitifica la neutralidad de la ciencia, pero se extiende luego a una perspectiva sobre la realidad en general (o conocimiento más o menos oficial sobre ésta) como construida socialmente mediante la participación de actores específicos en un proceso histórico.

\*\* Esencialismo es el término que resume la crítica de los enfoques que se llaman a sí mismos constructivistas hacia concepciones que, al asumir que algo está en la naturaleza o no resulta en absoluto de lo social/histórico, le adjudican una cualidad esencial. Según el constructivismo en sexualidad, la investigación sexológica tradicional asumió lo sexual como un atributo esencialmente biológico, y sujeto a leyes de normalidad y anormalidad naturales.

\*\*\* De hecho, una teoría interaccionista como la de los guiones sexuales (10) ayuda a reubicar conceptualmente al individuo en sus interacciones (guiones interpersonales) y reflexiones personales (guiones intrapsíquicos), conservando la agencia de este individuo frente a la estructura (escenario cultural).

entre ambos tipos de técnicas y las transformaciones intrínsecas operadas en cada una a partir del mismo: incluso antes de cruzarse información, la disposición misma a una futura triangulación produce cambios que acercan las técnicas entre sí. Un área en la que, sin embargo, la utilización de técnicas cualitativas y de triangulación ha avanzado menos (pese a la clara demanda) es el área de evaluación de intervenciones.

3. El acercamiento de las interrogaciones sobre SIDA (y de la manera de ver las políticas y programas sobre este tema) a otras vinculadas a la salud sexual en general, respecto de la cual se iba desarrollando un discurso importante que iba ganando *momentum* paralelamente a inicios de los noventa. Puede decirse que ahora, de manera creciente, la prevención del SIDA y otras ETS está enmarcada en una preocupación mayor no sólo por la salud sexual y reproductiva, sino también por los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Esto traduce el tendido de puentes transdisciplinarios que responden tanto al avance de los discursos integradores como a los recortes de los presupuestos para enfrenar el SIDA de manera aislada.

### *La complejización de las miradas: el poder y la vulnerabilidad*

Puede ser importante recalcar las transformaciones y complejizaciones experimentadas en los enfoques socioantropológicos en esta historia. Si se partió de un momento quizás todavía marcado por cierto culturalismo (en el sentido de enfatizar el exotismo de sistemas culturales asumidos como coherentes, unitarios y estáticos), se comenzó a definir la tarea como una de evidenciar y analizar los conflictos intrínsecos entre los distintos actores de un contexto a partir de (o que traducían) diferencias de poder, así como a identificar las formas en que estas inequidades sociales (tanto entre sociedades como dentro de ellas) determinaban una mayor vulnerabilidad de ciertos grupos (esencialmente en desventaja) hacia la epidemia del SIDA. Estas diferencias se articulan alrededor de lo que algunos han llamado estatus maestros (11), tales como el género, la clase social, la etnia, la sexualidad, la edad/generación y otros. La mirada debía tener profundidad: las desigualdades sociales deben analizarse no sólo en un *snapshot* sino también como resultado y como parte de un proceso. De esta forma, una tarea fundamental de la ciencia social es definida en términos de examinar la vulnerabilidad social de un grupo o de subgrupos dentro del mismo, así como las posibles formas en que dicha vulnerabilidad social se traduce en posibles mayores riesgos frente al VIH/SIDA.

En términos genéricos, la vulnerabilidad social es la relativa desprotección en la que se puede encontrar un grupo de personas (por ejemplo, migrantes, personas pobres, amplios grupos de jóvenes y de mujeres, las minorías sexuales, las personas con menor nivel educativo, y otros grupos que viven al margen del sistema) frente a potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto de sus derechos humanos, en razón de menores recursos económicos, sociales y legales. Esta vulnerabilidad social genérica usualmente se traduce en mayor vulnerabilidad frente al SIDA (i. e. mayor riesgo de infectarse con el VIH, y mayor riesgo para desarrollar la enfermedad y morir) no sólo por la mencionada desprotección frente a potenciales daños de salud sino, además, por otra razón fundamental: los grupos vulnerables suelen verse llevados a dinámicas sociales compensatorias en las cuales el sexo actúa como medio de intercambio (por ejemplo, diversas formas de prostitución y compra de drogas o pago de favores con sexo), o en las cuales tienen menor control sobre su actividad sexual (por ejemplo, sexo en la clandestinidad, o coerción y abuso sexual, o sexo sin posibilidades de negociación, o imposibilidad de acceder a parejas estables), siendo el SIDA básicamente transmitido por vía sexual. Una vez infectados igualmente esta vulnerabilidad lleva a una menor

posibilidad de acceder a un diagnóstico temprano y de adoptar un régimen de vida que favorezca la sobrevivencia.

En otras palabras, la vulnerabilidad frente al SIDA equivale a aquella fracción de los factores de riesgo para infección por VIH y para progresión de la enfermedad que es casi inmodificable por parte del sujeto, en tanto tautológicamente deriva de la condición de vulnerabilidad social de una persona en tanto integrante de un grupo vulnerable. Es la fracción estructural del riesgo, aquella cuya reducción sólo puede ser lograda por el sistema y es finalmente una obligación de éste.

Por ejemplo, la pobreza de un individuo se asocia a una historia determinada (una procedencia pobre, pocas oportunidades educativas, marginalidad social de los padres), y acarrea más pobreza, así como hace más probable la asunción de determinadas actividades económicas de sobrevivencia (i. e. subempleo, prostitución, migración temporal) y la sujeción a determinadas condiciones de vida (v. g. “marginalidad legal”, tráfico y consumo de drogas) con un correlato epidemiológico y en términos de acceso a servicios de salud y de significación personal y social de la salud. En un cuadro como éste no resulta difícil entender la mayor vulnerabilidad que la pobreza plantea para la adquisición de la infección por VIH y para la progresión de la enfermedad.

### ***Otros frentes de tensión: cientificismo e investigación participativa***

Paralelamente al proceso descrito, otro emblema emergente de los debates acerca del SIDA no es sino la marca de un debate mayor, el cual se ha desprendido de la crítica de la sociología del conocimiento a la objetividad y neutralidad de la institución científica (12) y a la legitimidad de su estatus privilegiado en la producción del conocimiento. Nos referimos al estímulo recibido por los enfoques participativos de la investigación, tanto en relación con análisis de necesidades como respecto del diseño y evaluación de intervenciones. (1) Las conferencias internacionales de SIDA de inicios de los noventa fueron escenario de un escepticismo progresivo hacia las intervenciones diseñadas e implementadas desde fuera, y evaluadas en ensayos de campo controlados y aleatorizados. A éstas se contraponía una revaloración de los autodiagnósticos y de las intervenciones comunitarias, en los cuales la participación de la población se planteaba como necesaria en todas las etapas. Éstas combinarían recursos e iniciativas comunitarias para ofrecer programas integrales. Por otro lado, la evaluación de estas intervenciones atendería mucho más a los procesos políticos en marcha (v. g. participación de actores relevantes; movilización de recursos locales; sostenibilidad), los cuales serían vistos como resultados necesarios e importantes en sí mismos, y por ello emplearía criterios novedosos acerca de calidad y técnicas cualitativas. Debe decirse, sí, que las evaluaciones no convencionales (por ejemplo, la evaluación de intervenciones comunitarias, o las evaluaciones focalizadas en cambios político-estructurales) están aún en proceso de desarrollo, y sus resultados no son siempre valorizados por un sistema que privilegia el empleo de métodos estadísticos en ensayos controlados para demostrar el impacto de los programas.

### ***La evolución específica de los enfoques preventivos de la transmisión sexual y entre UDI***

En el contexto de los recursos tecnológicos actuales, la transmisión iatrogénica del VIH (en hospitales, o mediante sangre o derivados) está casi eliminada en los medios dotados de recursos. La transmisión perinatal se ha reducido mucho gracias a las intervenciones bio-

médicas desarrolladas para prevenirla. Así, la transmisión sexual del VIH, y en algunas sociedades la transmisión entre usuarios de drogas inyectables, son responsables de casi todas las nuevas infecciones. Ahora bien, puede decirse que la historia de los programas preventivos ha atravesado también etapas, aunque no lineales ni mutuamente excluyentes:

- Una primera etapa estuvo signada por debates morales: la epidemia del SIDA simbolizó desde temprano una versión moderna de castigo bíblico por cuestiones de moral sexual, y generó oposición a su enfrentamiento mediante políticas de educación sexual que mostraran alternativas sexualmente liberales (v. g. el sexo seguro) a la supuesta fuente de los males. Tanto desde discursos morales como desde una descalificación técnica del preservativo, se atacó fuertemente esta perspectiva, particularmente en el caso de los jóvenes, en quienes se suponía que una educación sexual amplificada podría motivar mayor práctica sexual. Esta controversia perdió fuerza muy tempranamente, aunque nunca desapareció del todo. Sin embargo, se ha ido acumulando evidencia de que estos programas sólo incrementan el uso de protección en relaciones que se dan de todos modos. En la prevención entre UDI, el caso análogo está representado por los programas educativos sobre UDI seguro, y particularmente los programas de intercambio de jeringas. Estos programas, de gran éxito en algunas sociedades, permanecen fuera de la ley en otras en el momento actual.

- En una segunda etapa predominaron los programas preventivos basados en la entrega de información y, en algunos casos, el desarrollo de habilidades específicas (uso de condón, negociación de prácticas sexuales), autoestima y asertividad. Como ya se dijo, estos programas tuvieron limitaciones porque asumían tácitamente que el entorno social no influía en experiencias sexuales básicamente dependientes del individuo, sus capacidades y decisiones. En el caso de los UDI esto fue aún más claro.

- En una etapa posterior, el redescubrimiento de lo estructural, por un lado, así como la integración de los programas de prevención de SIDA a esfuerzos más amplios (y politizados) en torno a la salud sexual y reproductiva, y también el impulso a la participación comunitaria, han marcado el surgimiento de las llamadas intervenciones estructurales para la habilitación (*enablement*) de los más vulnerables, (1) así como las intervenciones comunitarias de canales múltiples, con perspectiva de género y de derechos sexuales y reproductivos. Las intervenciones estructurales pueden avizorarse como de resultados a mediano plazo (v. g. la educación de las mujeres; las inversiones productivas) o ser más inmediatas, como en el caso de leyes de aplicación más o menos controlable y que impactan en las condiciones de vida, el estatus legal y el acceso a la salud de los más vulnerables (v. g. leyes acerca de voluntariedad de las pruebas VIH y la confidencialidad de sus resultados, el acceso a servicios de salud, los derechos laborales, el estatus de los migrantes, la discriminación por orientación sexual, el uso de drogas, y las condiciones de ejercicio del trabajo sexual), o el acceso a facilidades antes inexistentes. Sin embargo, aún queda mucho espacio por recorrer para que estas intervenciones sean plenamente implementables y empaten bien con otras acciones de salud pública, pues su utilización, como recurso poco convencional, requiere de un entendimiento aún no bien establecido entre los tomadores de decisiones directos.

### ***Los aportes de la XII Conferencia Internacional***

La XII Conferencia Internacional sobre SIDA no fue una instancia de grandes novedades en el área de prevención, pero sí una de consolidación de tendencias recientes en ésta. Organizaremos la revisión en torno a los temas convencionales del trabajo preventivo (v. g. según

público objetivo) y a otros temas de interés metodológico reciente. Además, daremos énfasis a los temas tratados en los paneles orales pues, aunque estos últimos fueron escenario de una minoría de las presentaciones de la Conferencia ofrecieron, como ocurre en estos casos, mucha mayor posibilidad de interacción y visibilidad y, de alguna manera hicieron la Conferencia.

### *Determinantes socioculturales y conductuales de la transmisión del VIH*

Se observó una tendencia a la consolidación del análisis de la vulnerabilidad social de grupos y poblaciones, en contraposición al de las conductas de riesgo individuales, como factor fundamental en la expansión de la epidemia. Por ejemplo, se analizó el papel y la importancia de las nociones de comunidad, y las formas en que ésta funciona, en el caso de la comunidad gay en Sidney, Australia, hallándose que la comunidad es un eje de referencia central en la lucha contra el SIDA, aunque no hay una concepción unitaria acerca de la misma. (14) Asimismo, una presentación sobre los cambios de la mortalidad por VIH en Chicago mostró que las reducciones en la misma eran mayores en las personas clasificadas como “de raza blanca”, comparadas con personas “negras” y de etnia “latina”, sugiriendo un conjunto de inequidades que pueden incluir no sólo el acceso efectivo a los nuevos tratamientos, sino inclusive las diferentes condiciones de viabilidad social del cumplimiento del tratamiento. (14) Otras presentaciones se refirieron a las potencialidades que ofrece la colaboración entre diversos actores (un grupo marginalizado, una organización comunitaria y una universidad regional) para el desarrollo de acciones de prevención entre hombres que tienen sexo con otros hombres en Fiji (15); y al papel de las construcciones culturales locales sobre la magia del amor en los riesgos sexuales en Papúa-Nueva Guinea. (16)

### *La vulnerabilidad de los jóvenes y programas de prevención para ellos*

La vulnerabilidad de los jóvenes fue analizada en un panel con presentaciones de Brasil, (17) Perú, (18) EEUU, (19) Bangladesh (20) y Nigeria. (21) Se vio que muchos de los obstáculos al cambio de comportamiento en los jóvenes son contextuales, tales como:

- la falta de acceso legítimo a información explícita sobre sexualidad y uso de drogas, en gran medida por la preponderancia de las normas religiosas;
- las normas prevalentes acerca de la conducta propia, y la sumisión a éstas como factor de riesgo (por ejemplo, la presión social sobre los jóvenes varones para iniciarse sexualmente, o la tendencia a prejuizar como chica ligera a una joven que tuviera condones consigo);
- requisitos legales tales como la necesidad de notificación a los padres en caso de entrega de información o servicios en salud sexual a los jóvenes en muchos países;
- el papel del poder en las interacciones (por ejemplo, las jóvenes son llevadas a iniciarse sexualmente, ya sea por necesidad económica o a la fuerza; igualmente, en muchos países se abusa sexualmente de los niños jóvenes al ser vistos como sustitutos seguros de las peligrosas trabajadoras sexuales); y
- el carácter marginal de la orientación homosexual en la mayor parte de las culturas, y las dificultades que ello plantea para muchos jóvenes, en asociación con conductas de riesgo para el VIH/SIDA

En el pánel sobre programas de prevención orientados a los jóvenes, se presentaron cinco evaluaciones de estos programas (de Brasil, Estados Unidos, Perú, Sudáfrica y Australia) y una revisión sobre la política actual al respecto en Estados Unidos. El proyecto brasileño se puso en práctica en escuelas secundarias del nordeste y buscó disminuir la vulnerabilidad relacionada con la salud sexual y reproductiva entre los estudiantes adolescentes en interfase con docentes y padres, (22) y mostró cambios positivos importantes en actitudes y prácticas, incluyendo un mayor uso de condones y una mejor comunicación con padres y docentes. El estudio estadounidense analizó el impacto de una intervención escolarizada para prevención de VIH/ETS y embarazo, de dos años de duración y cinco componentes integrados (i. e. contactos escuela-comunidad, educación de padres, organización de la escuela, desarrollo de currículum y plana docente, y recursos de pares y ambiente escolar), demostrando una disminución estadísticamente significativa en la frecuencia del sexo inseguro y un incremento en el uso de contraceptivos, aunque estos efectos disminuyeron con el tiempo. (23) La experiencia sudafricana consistió en un seminario de tres días presentado por una persona que vive con VIH, al cual asistieron cinco líderes de pares del 11  grado del sistema escolar, junto con un profesor motivado, de nueve escuelas secundarias culturalmente diversas. El proyecto fue bien recibido, aunque sus resultados est n siendo aún documentados. (24) La presentación de Perú se refirió a una intervención comunitaria y multisectorial en salud sexual y prevención de VIH/SIDA en dos distritos de Lima, que involucró la promoción de la movilización comunitaria para el desarrollo de recursos locales, una participación juvenil activa, el fortalecimiento y articulación de servicios de salud sexual para jóvenes, y una campaña de múltiples estrategias. La intervención, de ocho meses, logró generar grandes expectativas e interés entre actores comunitarios de mediano nivel y los jóvenes mismos, pero su continuidad fue amenazada por la percepción de autoridades de mayor nivel (i. e. alcaldes) de que tendría pocos réditos políticos a corto plazo. (25) Finalmente, una presentación de Australia describió la evaluación positiva de una intervención en asesoría en sexo protegido administrada por médicos en servicios de ETS para clientes entre 18 y 25 años. (26)

La revisión de las políticas sobre prevención de jóvenes en Estados Unidos, a cargo del cirujano general de dicho país, sostuvo que los programas basados sólo en la promoción de la abstinencia son insuficientes, y que se requiere mayor investigación sobre la relación entre la emergencia de la orientación sexual y la conducta de riesgo entre los jóvenes. Sostuvo también la importancia de promover intervenciones en red, así como el uso de la comunicación en salud y la construcción de capacidades en las organizaciones comunitarias que trabajan con jóvenes en situación de marginalidad.

### ***Hombres gay y otros hombres homosexualmente activos: riesgos y respuesta comunitaria***

Dos p neles discutieron asuntos concernientes a hombres gay y otros hombres homosexualmente activos. En el primero de ellos se puso énfasis en un tema que ha concentrado interés en las más recientes investigaciones epidemiológicas en este grupo: los jóvenes. Mientras una investigación estadounidense partió del supuesto de la existencia de una asociación inversa entre edad y riesgo para el VIH, y trató de explicarla a través de factores de normatividad social (cultura centrada en bares, afirmación de identidad gay, normas pro-sexo no protegido), (27) la otra, alemana, sostuvo que al menos en dicho país no habían datos suficientes como para afirmar que la juventud operaba como factor de riesgo entre los hombres gay, y que en cualquier caso el análisis debía ser más profundo y basarse en las diferencias en los contextos específicos de vida. (28) Una presentación australiana revisit 

el tema de la seguridad negociada (i. e. acuerdos sobre sexo desprotegido entre los miembros de una pareja, bajo la condición de protección estricta en caso de relaciones con otros), concluyendo que en Australia la existencia y observancia de acuerdos de esta índole es más frecuente entre parejas que conocen el seroestatus de ambos miembros, mientras que en parejas serodiscordantes o en las que este dato es desconocido las prácticas de riesgo al exterior (y al interior) de la relación eran más frecuentes, incluso bajo existencia de acuerdos obviamente no observados. (29) Estos hallazgos sugieren que un sector de la población gay no está recurriendo a estas negociaciones, las está planteando sin las condiciones adecuadas (seroconcordancia o sexo seguro incluso dentro de la relación) o no las está observando propiamente.

Una presentación holandesa exploró el efecto de la pérdida múltiple de amigos o parejas debido al SIDA en la observancia de prácticas de sexo seguro entre hombres gay, concluyendo que existe relación entre ambas mayormente sólo en el caso de parejas casuales, y que ésta es diferencial según el seroestatus del individuo: los hombres seronegativos con pérdida múltiple incurrirían en más sexo inseguro, mientras los seropositivos con pérdida múltiple tendrían menos sexo inseguro. (30) Por último, dos presentaciones abordaron el trabajo sexual homosexual en Rusia (31) y Holanda. (32) La primera describió la historia de vida tipo de los adolescentes que participan del comercio sexual en San Petersburgo, mientras la segunda planteó los resultados preliminares de un interesante proyecto piloto para ofrecer información preventiva y servicios educativos cara-a-cara a los clientes de trabajadores sexuales en Amsterdam.

El segundo pánel se refirió a culturas y comunidades de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), e incluyó tres ponencias de América Latina. Las presentaciones abordaron la compleja cultura de los trabajadores sexuales masculinos en México y los retos para la prevención, teniendo en cuenta que la ausencia de programas no sólo representa un riesgo para ellos, sino también para los clientes y las otras parejas de unos y otros, (33) así como un ejemplo del trabajo con este grupo sobreponiéndose a los obstáculos legales por parte de una ONG guatemalteca; (34) luego, la intersección entre identidad gay e identidad maorí en Australia, y las potencialidades de y los obstáculos para la integración de los gays maoríes a la comunidad gay australiana; (35) un programa para prevenir la infección por VIH entre HSH chinos en saunas gay en Hong Kong, a pesar de los obstáculos legales; (36) y una exposición sobre el papel de talleres holísticos e intervenciones complementarias para cambiar el clima social en la comunidad que actualmente implementa una ONG gay chilena. (37)

### *Asesoría y la prueba VIH*

Durante varios años se ha sostenido que la prevención es el arma más eficiente contra la epidemia, particularmente en países con pocos recursos, pero se ha argumentado también que no hay información sobre el papel que algunas de estas intervenciones, particularmente la asesoría y la motivación para la prueba, juegan en la dinámica de transmisión del virus. Este pánel tuvo la intención de presentar algunas investigaciones recientes sobre asesoría y la prueba VIH.

Entre ellas se presentaron los resultados del ensayo controlado sobre Asesoría y Prueba Voluntaria en Kenya, Tanzania y Trinidad, (38) en el cual 3,120 participantes voluntarios de ambos sexos fueron aleatorizados para recibir a) asesoría pre y post prueba, o b) información en salud estandarizada. Su conducta con parejas primarias, no primarias y comerciales fue evaluada en la línea de base y luego de seis meses. Se encontró que ambos tipos de intervención produjeron reducciones significativas en los riesgos re-

portados, pero que quienes recibieron asesoría y prueba los redujeron más con parejas no estables y (significancia marginal) con parejas de sexo comercial. Las mujeres mostraron mayor reducción que los varones con parejas no estables y comerciales, pero una menor reducción que éstos con parejas estables.

Otros dos estudios presentados se refirieron a quiénes solicitan voluntariamente la prueba VIH. Uno de ellos, realizado en nueve estados de EEUU determinó que, entre personas pertenecientes a grupos de alta prevalencia de infección por VIH (HSH en bares gay, IDU reclutados en la calle, heterosexuales en clínicas de ETS) tres de cada cuatro se habían sometido al examen, y los motivos principales para no hacerlo eran la negativa a conocer su seroestatus (29%) o la creencia de que eran seronegativos (13%) o de que no estaban en riesgo (11%). (39) La otra investigación, en poblaciones de alta prevalencia en Puerto Rico, encontró que sólo 1 de cada 5 se había sometido al examen, y que entre quienes no lo habían hecho estaban muchos de quienes percibían haberse expuesto al contagio, por lo que consideraba necesario investigar otros factores que pueden motivar la realización del examen. (40)

Otras dos presentaciones se enfocaron en procedimientos alternativos para la ejecución de la asesoría y la entrega de resultados de la prueba VIH. Una de ellas describió un servicio telefónico interactivo con preguntas tipo pregrabadas y la opción de conversar con un operador en India, (41) mientras la otra exploró un algoritmo para la ejecución de una secuencia completa de exámenes VIH (combinando capillus HIV como prueba de despistaje; Serocard HIV como primera prueba confirmatoria, y Multispot HIV para dilucidar contradicciones entre las otras dos) que permitiera entregar los resultados confirmados a una persona en un mismo día. (42)

Otra presentación sobre la situación en Europa (43) describió que una gran proporción de infecciones por VIH permanece no diagnosticada antes del inicio del SIDA, particularmente entre hombres heterosexuales no usuarios de drogas, y que las diferencias entre subpoblaciones dependen de la tasa de examen entre las personas en riesgo y del estadio de la infección.

Por último, un estudio en Zambia intentó explorar si los usuarios de asesoría y examen voluntarios creían que la asesoría había sido útil, y cómo los había ayudado. (44) La mayor parte de los usuarios consideró que la asesoría había sido útil, particularmente para decidir sobre su conducta sexual. Los seropositivos valorizaban el apoyo emocional y la conexión con otros servicios, mientras los seronegativos apreciaban la ayuda recibida para permanecer como tales.

### ***Comercio sexual: trabajadores/as sexuales y sus clientes***

Esta mesa desarrolló el tema del trabajo sexual desde una perspectiva novedosa: trató de incluir también a los clientes. En este sentido, una presentación holandesa se refirió a un proyecto que intentó desarrollar criterios para evaluar actividades educativas con clientes de trabajadoras sexuales. (45) Este proyecto concluyó que, aunque las estrategias de educación en sexo seguro a clientes aún requieren ser ajustadas, los hallazgos reforzaban el argumento de la necesidad de trabajar con ellos; asimismo, que el endoso del conocimiento de las trabajadoras sexuales frente a los clientes fortalece la confianza entre los educadores y las trabajadoras sexuales, y que hace que estas últimas respondan mejor a los mensajes educativos.

También se describieron dos intervenciones en trabajadoras sexuales en sí mismas. Un programa de educación de pares en Nepal, conducido por una ONG (46) demostró que intervenciones de esta índole son potencialmente exitosas si satisfacen otras necesidades expre-

sadas por las trabajadoras sexuales, tales como el tratamiento de ETS, el acceso gratuito a condones y la educación no formal. Por otro lado, una presentación de China mostró incrementos en conocimientos sobre SIDA y en uso de preservativos en trabajadoras sexuales de tres localidades chinas que recibieron una intervención que incluyó discusiones, testimonios, videos, distribución de materiales educativos y condones, recomendándose que en el futuro los dueños de establecimientos también sean considerados en estas intervenciones. (47)

Una presentación de Costa de Marfil describió cambios importantes en las características de las mujeres que asisten a una clínica confidencial en Abidján (i. e. una tendencia a ser más jóvenes, más educadas, más frecuentemente locales, y con menos tiempo en el trabajo sexual), cambios que, combinados con las campañas preventivas ejecutadas, se interpretan como razones para el importante incremento en el uso del condón, a su vez relacionado con la reducción observada en la tasa de VIH y ETS entre las trabajadoras sexuales del país. (48) Finalmente, una presentación de la India describió los esfuerzos para expandir un programa que resultó exitoso en 1992. Aunque una iniciativa para esta expansión desde el gobierno y algunas ONGs fracasó por razones técnicas y financieras, una organización formada en este proceso por trabajadoras sexuales retomó el intento y tuvo éxito en llevar la intervención a una población de 25,000, demostrando que la movilización comunitaria es clave para la expansión de cualquier intervención de base comunitaria. (49)

### *Sexualidad masculina*

Una sesión oral de invitados discutió el tema de la sexualidad masculina. Más que presentar información nueva, buscó consolidar los discursos planteados en los últimos años, además de contribuir a orientar la reflexión sobre género y sexualidad específicamente hacia los hombres y la masculinidad. Inicialmente, una visión panorámica sobre el entendimiento de la sexualidad en la cultura occidental centró el debate, con un énfasis en la transición entre el paradigma de la sexualidad biológicamente determinada y el paradigma sociológico que la considera socialmente construida y culturalmente diversa. No obstante, se remarcó que no hay acuerdo universal sobre este nuevo paradigma, y que las distintas ciencias sociales y de la conducta tienen explicaciones diferentes para los problemas de salud sexual, tales como la continua ocurrencia de coerción sexual o embarazos no deseados.

Otras presentaciones dieron ejemplos sobre la gran diversidad de prácticas, y sobre cómo prácticas similares pueden tener significados distintos para personas distintas en contextos diferenciados. Se remarcó, también, que los contextos sociales, económicos y culturales afectan la forma en que las personas se ven a sí mismas y son percibidas por otras. Se enfatizó además que, debido a la importancia de estas autorrepresentaciones en los discursos de cada grupo, ciertas definiciones técnicas como homosexualidad o bisexualidad utilizadas en los modelos de prevención tienen un valor limitado y llevan a confusiones.

Se concluyó que era sorprendente que los investigadores del campo de los estudios de género no hubieran analizado de forma más sistemática las conexiones entre la construcción de la masculinidad y los riesgos para VIH y SIDA.

### *Género y poder. Intervenciones en mujeres vulnerables*

Dos mesas abordaron cuestiones de género, poder y vulnerabilidad. En una de ellas se presentaron experiencias como las de un estudio multicéntrico del International Center for Research on Women en nueve países, acerca del papel que pueden jugar intervencio-

nes participativas en grupos pequeños en la discusión de cuestiones relativas a género y riesgo para VIH; aunque sus resultados fueron estimulantes, la participación de los varones en proporción similar a las mujeres se mantiene como un reto. (50) Un estudio en Uganda sugirió que las diferencias en las respuestas masculinas y femeninas a preguntas sobre el examen VIH, el uso del condón y la reducción de riesgos reflejan las formas en que relaciones de poder genericadas impactan en el autoanálisis del riesgo y su reducción, mostrando que las relaciones de poder entre hombres y mujeres influyen en el riesgo del VIH/SIDA y la reducción del mismo (los que actúan como *ecos del poder*). (51)

Un proyecto en Malawi sostuvo que la comunicación entre parejas sexuales acerca de temas sexuales es fundamental para un uso contraceptivo efectivo en general y del condón en particular, y que la norma cultural que permite a los varones tener relaciones extramaritales representa una amenaza para la prevención del VIH y requiere ser modificada. (52) Por otro lado, un estudio en Nepal mostró que la noción normativa de *mujer de buen carácter* obstaculiza la toma de medidas preventivas del VIH/ETS en las mujeres. Discutir sobre sexo y uso del condón implicaría simplemente que ella es una mujer de carácter cuestionable, y que merece un trato violento y la reprobación de la comunidad. Por ello, concluye que los programas preventivos del VIH requieren ir más allá de la promoción del condón y el tratamiento de las ETS, y cuestionar la noción de que el valor de una mujer radica en su sumisión a los varones y su falta de poder en lo sexual. (53)

Un estudio suizo se preguntó por la magnitud en la cual las mujeres participan en la ejecución del uso del condón, y mostró que, en versión de hombres y mujeres, muchas de estas últimas compran el condón, proponen su uso o lo colocan efectivamente en el pene, sugiriendo esto que el condón está dejando de algún modo de ser un método masculino y que existe una suerte de apropiación por parte de las mujeres en una proporción importante de parejas suizas. (54) Finalmente, un estudio en Río de Janeiro, Brasil, que involucró discusiones sobre SIDA con varones heterosexuales, demostró que éstos tenían muy poca información sobre SIDA, y que además los estereotipos y prejuicios representaban una alta proporción de sus percepciones sobre SIDA, de modo que concluyó que existía una urgente necesidad de estrategias innovadoras para prevenir el SIDA entre hombres heterosexuales. (55)

En el segundo pánel, un estudio de Puerto Rico exploró los conocimientos y la comunicación sobre VIH/ETS, sexualidad y roles de género entre madres e hijas de un área deprimida de San Juan, encontrando que tanto madres como hijas conocen poco sobre sexualidad y VIH/ETS, y que la comunicación entre ellas es pobre. (56) Por otro lado, un estudio en la Uganda rural analizó la prevalencia de la coerción sexual y su asociación con creencias sobre seropositividad e infección real, determinando que una de cada cuatro mujeres y uno de cada diez varones reportaba coerción en el año previo, generalmente por los cónyuges. Las mujeres que reportaban coerción pensaban más frecuentemente que tanto ellas como sus parejas eran seropositivas; pero no se halló una tasa mayor de seropositividad en las mujeres forzadas excepto en el grupo de menores de 19 años. (57)

Una experiencia en Brasil buscó la integración de equipos responsables de salud de la mujer y de prevención de ETS/SIDA en el nivel estatal en 19 estados, desarrollándose talleres en los cuales se discutieron cuatro problemas, sus causas y posibles soluciones: alta incidencia de VIH/ETS, separación entre información contraceptiva e información en ETS/SIDA, control prenatal inadecuado a mujeres embarazadas portadoras del VIH, y condiciones de parto inadecuadas para éstas. Como resultado, se desarrollaron dos cursos para equipos de maternidad de estas regiones, y se produjo material educativo que integró ambas temáticas, conjuntamente con condones y medicamentos. Esta experiencia ilustró las bondades de la integración de problemáticas reproductivas, la discusión de problemas y soluciones, y la descentralización de procesos. (58) Por otro lado, una presentación

estadunidense abordó la prevalencia de abuso infantil entre mujeres afroamericanas UDI de bajos ingresos, y su impacto en la negociación de riesgos sexuales. Las participantes consideraron que su experiencia de abuso infantil había tenido severas consecuencias psicológicas y afectivas en ellas. Aunque no parecía tener consecuencias directas en su asunción de riesgos para VIH, la experiencia de abuso en el pasado facilitaba situaciones que no conducían a una reducción de estos riesgos. Por ello, los autores concluían que una aproximación más holística a la prevención es fundamental en este grupo, incluyendo un énfasis en las percepciones de estas mujeres sobre sí mismas. (59)

Otro estudio estadounidense investigó los efectos de una intervención comunitaria en mujeres de sectores deprimidos de cinco ciudades, que incluyó talleres de discusión, actividades participativas en la comunidad planeadas y ejecutadas por mujeres líderes locales, distribución de condones y materiales educativos. Como resultado, se observaron reducciones en conductas de riesgo de entre 25% y 57%. (60) Finalmente, se describió un proyecto australiano en marcha, que está dirigido a mujeres compañeras de hombres bisexuales, y que se sustenta en el dato epidemiológico de que muchas mujeres infectadas con el VIH adquieren la infección de varones bisexuales, y porque muchos varones identificados como gay o bisexuales tienen parejas estables mujeres, y muchos varones identificados como heterosexuales tienen sexo con otros hombres. Este proyecto, financiado por el estado de Nueva Gales del Sur, utiliza una serie de canales para brindar información y ayudar a las mujeres a desarrollar habilidades para la evaluación de riesgos y la negociación de sus conductas sexuales, y brinda también apoyo a trabajadores de la salud para asistirles en ello. (61)

### *Metodología evaluativa y evaluación basada en modelos*

Dos paneles abordaron el tema de la evaluación: uno sobre metodología evaluativa y otro sobre evaluación basada en modelos. Las presentaciones sobre metodología evaluativa cubrieron un rango amplio de tópicos, desde un esfuerzo colaborativo para analizar la información evaluativa para tomadores de decisiones, hasta metaanálisis sobre evaluación de intervenciones, informes sobre el impacto de la capacitación en evaluación en organizaciones comunitarias, y evaluaciones específicas de intervenciones preventivas.

Se describió al Grupo de Revisión sobre VIH/SIDA de la Colaboración Cochrane\* como un intento para preparar y diseminar revisiones sistemáticas sobre intervenciones preventivas y terapéuticas a los tomadores de decisiones en prevención y atención. (62)

Dos metaanálisis de evaluaciones de intervenciones para reducción de riesgos sexuales fueron presentadas en este pánel, una enfocada en usuarios de drogas endovenosas (63) y la otra en hombres heterosexualmente activos. (64) Éstas concluyeron que, en general, las evaluaciones revisadas mostraron que tales intervenciones funcionan reduciendo los riesgos sexuales. En el trabajo sobre intervenciones en usuarios de drogas, el efecto fue mayor en los estudios en los que ninguna intervención se administró a los grupos de control (en comparación con aquellos estudios en los que algún tipo de intervención fue administrada). Sin embargo, se describieron grandes limitaciones en muchas de las publicaciones revisadas, en relación con asuntos tales como la falta de grupos de control o información insuficiente sobre las mediciones utilizadas o los efectos encontrados;

\* La Colaboración Cochrane es un esfuerzo internacional sin fines de lucro establecido hace algunos años para el metaanálisis y la diseminación de resultados de evaluación de intervenciones diversas en medicina y salud pública.

estas limitaciones con frecuencia llevaron a los autores del metaanálisis a excluir tales publicaciones. Se hicieron recomendaciones para estándares más claros de evaluación programática y para directrices de publicación más consistentes, así como sobre la necesidad de mayores estudios.

Otras dos presentaciones se refirieron a mediciones de resultado en intervenciones conductuales para la reducción de riesgos sexuales. Una de ellas comparó indicadores biológicos y conductuales de riesgos sexuales, y sugirió que, aunque el cambio conductual autorreportado puede predecir reducción de riesgos, usualmente no lo hace debido a factores como el sesgo de autorreporte o el uso de preguntas inadecuadas. (65) La otra se refirió a estudios de parejas heterosexuales serodiscordantes, y subrayó la necesidad de una exploración más cuidadosa de los riesgos y las conductas, y expresó dudas sobre si todas las preguntas necesarias para evaluar el riesgo conductual están realmente siendo incluidas en los estudios actuales. (66)

Por último, dos presentaciones se concentraron en temas relativos a las ONGs. Una describió cómo una intervención dirigida a desarrollar habilidades de evaluación en una ONG puede mejorar el curso de los programas, conectando la evaluación con la efectividad programática y superando la resistencia inicial al uso mismo de la evaluación en la planificación y desarrollo habitual de los programas. (67) La otra describió el análisis de indicadores secuencialmente relevantes de proceso e impacto (i. e. tempranos, tales como disponibilidad de condones o intenciones de conducta de las personas; intermedios, tales como las conductas reportadas; y tardíos, tales como los indicadores epidemiológicos de VIH/ETS) como parte de la planificación estratégica de sus actividades de prevención realizada periódicamente por la Deutsche AIDS Hilfe. (68)

En el segundo pánel, las presentaciones se refirieron fundamentalmente a costo-efectividad y a los parámetros que influyen en la efectividad de un programa. Las intervenciones estudiadas fueron muy variadas. Un estudio de EEUU modeló el potencial impacto en la salud pública del ofrecimiento de profilaxis post-exposición (PPE) para HSH con conducta de alto riesgo episódica, y concluyó que, si la eficacia de la PPE es alta (80%) y si ésta se administra en casos de exposición a sexo anal receptivo desprotegido tanto con seropositivos conocidos como con personas de seroestatus desconocido, con amplia cobertura (80%), luego la reducción en la seroincidencia podría llegar al 21% con relativamente bajos costos. Sin embargo, las posibilidades de evaluar dicho impacto son pobres debido a las dificultades de seguimiento y a las múltiples asunciones y estimados necesarios. (69) Otra presentación de la mesa, basada en el estudio sobre asesoría y examen VIH voluntarios en Kenya y Tanzania, evaluó la razón costo:efectividad de esta intervención intensiva, determinando que resulta más costo-efectiva si se dirige a personas seropositivas, parejas y mujeres, y que su costo por infección VIH evitada se compara favorablemente a otras intervenciones en África del Este y Estados Unidos. (70)

Un programa de reducción de daños entre usuarios de drogas inyectables en Italia, que involucraba la identificación de UDI en las calles para ofrecerles una amplia gama de servicios, también mostró ser costo efectivo en comparación con el manejo de casos de VIH. (71) Por otro lado, un programa de educación de pares entre trabajadoras sexuales de Camerún mostró que, aun haciéndose estimados conservadores sobre el número de infecciones evitadas, el costo por infección evitada era bastante bajo. (72) Finalmente, un estudio de simulación sobre el impacto del tratamiento masivo para ETS en la incidencia de VIH en África mostró que los resultados son mejores si la participación de las parejas sexuales de los casos índice es asegurada, y el impacto de la migración es tan importante como el de la tasa de participación poblacional. Los resultados globales dependerían del tiempo (aún desconocido) hasta la reinstauración de la susceptibilidad luego del tratamiento masivo de la sífilis latente. (73)

### ***Movilidad poblacional, vulnerabilidad, riesgos y derechos humanos***

Un pánél de invitados abordó el tema de la movilidad poblacional y las migraciones, y su correlato en relación con vulnerabilidad y derechos humanos. La presentación introductoria sobre el panorama epidemiológico reveló que el 50% de la migración es sur-sur, y enfatizó que las regiones en guerra y en crisis son las más afectadas por la pérdida de fuerza de trabajo. Por ello, se puede decir que el trabajo de la tierra en África es labor femenina. Una presentación sobre guerra, refugiados y VIH sostuvo que el fortalecimiento del cabildeo para los programas VIH/ETS en contextos con muchos refugiados es fundamental, así como la promoción de la igualdad de los derechos humanos entre éstos y los demás; además, los programas deberían tener una perspectiva de género (haciendo a hombres y mujeres sensibles a las necesidades del otro).

Una presentación sobre América Latina en particular recaló que México es una puerta para la migración entre Centro y Norteamérica (incluyendo al mismo México), lo que tiene impacto en la movilidad rural y por ello en la expansión de la epidemia: la ruralidad de la epidemia en México se ha incrementado, y la proporción de mujeres en los casos rurales es mayor que en los casos urbanos. No existe mayor información sobre las características de los migrantes en términos de conocimiento y prácticas sobre VIH/SIDA, aunque las tendencias generales apuntan a un incremento en los niveles de riesgo, con diferencias por género. Las poblaciones móviles se ven expuestas a dinámicas particulares en relación con la prostitución, el uso de drogas y las conexiones entre ambas (por ejemplo, algunas trabajadoras sexuales ofrecen sus servicios por el precio de una dosis de droga endovenosa). Algunas prácticas pueden ser particularmente riesgosas, tales como el sexo compartido entre varios hombres y una trabajadora sexual (*hermanos de leche*), el sexo combinado con alcohol, y la justificación de las prácticas homosexuales casuales por el efecto del alcohol en casi cualquier hombre.

Otra presentación sobre el sudeste asiático enfatizó que los migrantes crean sus propias redes sociosexuales; que ellos experimentan desventajas en los estándares de atención médica; que existe una fuerte correlación entre crecimiento económico, los negocios y el trabajo sexual, que el acceso a los servicios es fundamental; y que se requiere del desarrollo rápido de intervenciones. La crisis asiática ha afectado sobre todo a las mujeres, que han visto su ingreso más reducido que el de los varones, viéndose obligadas a desarrollar trabajo sexual a tiempo parcial.

Finalmente, una presentación sobre África sostuvo que algunos de los factores responsables de la magnitud de la epidemia en este continente están apenas en su inicio: la pobreza, la desigualdad en el ingreso, la brecha de alfabetismo por género, la alta proporción de extranjeros en muchas ciudades, y la mayor proporción de varones en la población urbana. Luego de analizar las consecuencias de la movilidad poblacional estacional por trabajo, y sus conexiones con el trabajo sexual y las relaciones de pareja paralelas, concluyó que los factores que median la contribución de la migración laboral a la epidemia incluirían las condiciones de vida deprimidas, la disrupción del sistema de apoyo social, y la organización social disfuncional.

### ***Participación de la comunidad***

En el pánél sobre este tema, una presentación introductoria explicó que la participación comunitaria es importante desde que resulta una estrategia crucial para proteger y promover los derechos humanos, y puesto que el cambio de conducta es sostenido a través de la utilización de múltiples canales de promoción de la salud. También se describieron

muchos significados alternativos de comunidad y se propuso un enfoque en las definiciones nativas (émicas) de la misma y en la fluidez y multiplicidad de las identidades comunitarias. Para finalizar, se discutieron instancias de participación comunitaria como la investigación participativa, el involucramiento de educadores y cuidadores (*caregivers*) de pares, y el papel del personal comunitario y de las organizaciones de base genuinamente comunitaria.

Dos presentaciones se refirieron a experiencias piloto de participación comunitaria en África. Una de ellas, con base en Senegal (74) buscó fortalecer la capacidad de las organizaciones comunitarias para reflexionar sobre cómo mejorar los esfuerzos en prevención y atención a través de la capacitación, el cabildeo y el apoyo técnico. Concluyó que la construcción de comunidad requiere de tiempo y extensos recursos humanos, y que el cambio social ocurre si la capacidad de reflexión existe en los individuos y las organizaciones. Otra experiencia basada en Tanzania (75) buscó promover la movilización comunitaria a través de una estrategia de mapeo de conductas de riesgo. Para esto, la comunidad mapearía lugares y contextos en los que existe riesgo conductual para VIH, a modo de planear y poner en práctica acciones preventivas. Se sugirió que esta estrategia es efectiva para movilizar a la comunidad y puede ser llevada a otras comunidades a bajos costos.

Finalmente, se describieron otras dos presentaciones sobre experiencias actuales de participación comunitaria en Asia y América Latina. Una iniciativa de base comunitaria en Tailandia mostró el involucramiento de una gran estructura de voluntarios de la comunidad en la provisión de una amplia variedad de servicios para personas que viven con VIH/SIDA y sus seres queridos. Estos servicios incluyeron asesoría, visitas hogareñas, educación comunitaria y la puesta en marcha de actividades generadoras de ingresos. (76) De forma similar, una organización brasileña formada por personas que viven con VIH/SIDA, que luego ha incorporado a amigos y parientes de éstos, así como a activistas de SIDA, describió el impacto incrementado de su trabajo a través de acciones en las cuales se integraban metas tanto en la prevención como en la atención. Esta operación ha aumentado su legitimidad como actor social y ha estimulado una mayor respuesta comunitaria. (77)

### ***Usuarios de drogas inyectables (UDIS): programas de reducción de daños***

Una mesa redonda tuvo como tema los programas de reducción de daños entre usuarios de drogas endovenosas. En ésta, una presentación describió un método simple para la evaluación del proceso de programas de intercambio de agujas y jeringas en Polonia, que empleó el procedimiento de captura-recaptura; éste mostró complementar bien la información acerca de cuántos emplean y cuántos no emplean los programas de intercambio de agujas y jeringas, dando así estimados útiles acerca de cuántas unidades adicionales de equipo deben ser introducidas para lograr mejoras deseables en el impacto de los programas. (78) Otra experiencia de Europa Oriental, en este caso de Lituania, describió el impacto de una intervención que incluyó *outreach* y una oficina de consultas anónimas con intercambio de agujas y jeringas, mostrando cómo el número de usuarios se quintuplicó en los primeros seis meses de actividad, y cómo estos usuarios recibieron muy bien el programa y utilizaron varios de sus servicios, incluyendo un grupo importante que fue admitido a clínicas de desintoxicación. (79) Luego, una evaluación que comparó el impacto de una intervención preventiva de VIH entre UDI conducida por pares con otra tradicional en EEUU (realizada por trabajadores de salud), que encontró que la intervención de pares fue más efectiva en reclutar a UDIS, sobre todo de un modo que reflejara la densidad étnica de la población de referencia, y que los costos fueron mucho menores. (80)

Asimismo, un proyecto en Bangladesh permitió concluir que un programa de reducción de daños y movilización comunitaria debe basar sus respuestas en las necesidades reales de los UDIs y su comunidad, movilizándolo a la comunidad entera, incluyendo a los líderes locales, y construyendo un buen *rapport*. Debe también considerar las necesidades de mujeres y niños, y combinar la promoción de estrategias de reducción de daños con servicios prácticos, tales como el intercambio de agujas. (81) Una presentación de Brasil se refirió a un programa de reducción de daños que ofrecía una amplia variedad de servicios informativos, terapéuticos y de laboratorio, incluyendo el intercambio de agujas, en el complejo ambiente de Río de Janeiro. Se demostró que, aunque se presentaron dificultades, y aunque se trata de un grupo extremadamente segregado, se ha podido convocar a la población en número creciente. (82) Finalmente, una presentación estadounidense describió la experiencia del uso de una camioneta rural multipropósito (Camioneta de Atención de Salud Comunitaria), la cual incluía el intercambio de jeringas, para la reducción de daños en una comunidad de UDIs y otros miembros de la comunidad en alto riesgo; encontró que los servicios móviles de intercambio de agujas pueden llegar a poblaciones aún más marginales, y que se conectan mejor con las organizaciones comunitarias aunque requieren de una intensa coordinación entre varios actores de interés. Por ello, se les ve como una buena alternativa para UDIs fuera de tratamiento u otros usuarios de drogas. (83)

### *Condomes masculinos y femeninos*

Este pánel incluyó presentaciones invitadas y resúmenes seleccionados. Un proyecto en África utilizó tanto estrategias de distribución gratuita como programas de mercadeo social de condones masculinos en áreas deprimidas y de difícil acceso, y concluyó que variables tan diversas como los puntos de venta, la disponibilidad de marcas, y el uso autorreportado resultan indicadores más confiables que las ventas registradas respecto de los logros del programa de mercadeo. (84)

Por otro lado, un estudio estadounidense sobre los niveles y tendencias en los costos por condón vendido y el rol de variables críticas de contexto, concluyó que los programas de mercadeo de condones se hacen más costo-efectivos en el tiempo, y que las inversiones para incrementar el acceso y la demanda pueden resultar en incrementos de corto plazo en los costos unitarios, pero seguidos de reducciones en éstos cuando se logra el consumo en masa. (85)

Se presentó una gran cantidad de información sobre el condón femenino y se resumió en el folleto *Puesta al día sobre el condón femenino*.\* A la fecha ha sido introducido en todos los continentes, y desde 1992 se han distribuido 18 millones de unidades del mismo. Se han completado más de 50 estudios de aceptabilidad, y gracias a un acuerdo entre ONUSIDA y el productor, su costo ha sido reducido en países en desarrollo (de US\$2 a US\$0.63). Más de 30 estudios en la Conferencia se refirieron al condón femenino, desde estudios pequeños de aceptabilidad en nuevas poblaciones, a estudios de laboratorio sobre el impacto de lavados repetidos, y ensayos aleatorios controlados demostrando su efectividad contra infecciones transmitidas sexualmente (ITS). Estos estudios han involucrado variadas poblaciones, incluyendo hombres que tienen sexo con otros hombres, adolescentes y trabajadoras sexuales. También se ha mostrado que su demanda es diversa y se da entre hombres y mujeres, quienes están dispuestos a pagar por él. Proveerlo como una opción

\* "Female condom update", July 2, 1998, XII International AIDS Conference (Drafters: Friends of Female Condoms).

añadida en la combinación de métodos incrementa la cobertura general de los actos de alto riesgo, y logra 30% de reducción en ITS. La aceptabilidad y la continuidad del uso del condón femenino parecen incrementarse con estrategias culturalmente específicas e interactivas de introducción y soporte, incluyendo enfoques integrados de salud reproductiva, mensajes en los medios, CAPacitación, educación de pares y seguimiento. Su introducción a través del mercadeo social es sencilla, especialmente cuando se subsidia el costo y se da una elevada prevalencia inicial de VIH e ITS. En conclusión, aunque el condón femenino no es adecuado para cualquier propósito o cualquier persona, es una opción importante y su disponibilidad incrementa la protección general en los actos sexuales de alto riesgo. Se han logrado avances sustanciales en relación con los datos disponibles durante la XI Conferencia en 1996.

### *Prevención en el lugar de trabajo*

En el pánel que cubrió este tema se discutió una gran diversidad de experiencias de África, Asia del Sur, el Caribe, Europa y América del Norte. Tres proyectos en India, Zimbabwe y Nigeria se refirieron a programas en el lugar de trabajo. Un proyecto hindú estudió las formas en que la industria del transporte en camiones podría ser afectada por el SIDA y se está preparando para responderle. (86) Una experiencia en Zimbabwe mostró que los programas de educación de pares en este país pueden proveer una estrategia efectiva y viable para la prevención del SIDA entre los trabajadores de la industria. (87) Finalmente, un programa en Nigeria sugirió que las estrategias de prevención del SIDA en los campos petroleros deben ser dirigidas a las comunidades locales para incrementar su efectividad y para lograr mejores relaciones entre éstas y las compañías petroleras. (88)

Un estudio en la República Dominicana se refirió al turismo sexual en relación con el VIH, y buscó explorar cómo la epidemia podría afectar el turismo en este país, y cómo el turismo podría afectar la diseminación del SIDA. Encontró que la diseminación del VIH afectaría poco la demanda de servicios turísticos, y que la mayor parte de los turistas respondería favorablemente a cualquier campaña preventiva. También mostró que muchos turistas masculinos y femeninos se involucran en encuentros sexuales con trabajadores sexuales y empleados de hotel, lo que representa un riesgo para la transmisión del VIH en ambas direcciones. El estudio concluye que se necesitan esfuerzos de prevención especiales en el contexto del turismo en este país. (89)

Un proyecto en Canadá evaluó el impacto de las pérdidas múltiples relacionadas con el SIDA en organizaciones de servicios en SIDA en Ontario, así como los efectos de un programa que proporcione apoyo para enfrentar estas pérdidas a dichas organizaciones. Una encuesta y las entrevistas realizadas para este efecto mostraron que las organizaciones estaban signadas por el duelo, y que la mayor parte de los individuos que recibieron el programa lo encontraron útil para apoyarlos a enfrentar mejor estas pérdidas. (90)

Finalmente, un programa en el Reino Unido exploró las formas en las que las personas con VIH/SIDA que están experimentando mejoras en su salud debido a los nuevos tratamientos disponibles pueden efectivamente reingresar al mercado de trabajo. Mostró que las decisiones de las personas con VIH/SIDA sobre cómo o cuánto trabajar no son realizadas libremente con base en lo que su salud les permite, sino que están fuertemente influenciadas por las limitaciones que escoger un trabajo de tiempo parcial impondría sobre los beneficios percibidos. Se concluye así que es necesaria una reforma radical del sistema de beneficios del Estado para que el retorno al trabajo represente una opción significativa para las personas con VIH/SIDA que están suficientemente bien como para hacerlo. (91)

## Retos para el futuro

Los retos para el futuro de la prevención, en los cuales la participación de las ciencias sociales es fundamental, fueron tratados por Werasing Sittitrai en una de las presentaciones plenarias.\* Reflexionaremos sobre algunos de sus puntos a continuación.

Esta presentación tomó como *leitmotiv* el lema de la Conferencia, *Cerrando las brechas*,\*\* para plantear que las perspectivas del trabajo futuro con las nuevas generaciones están ensombrecidas por algunas brechas, aunque éstas pueden encontrar solución. Entre éstas se encuentran:

1. Los derechos han sido formulados, pero no son protegidos. En efecto, casi todos los países han firmado la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención de los Derechos del Niño, e incluso muchos han firmado la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer. Estos acuerdos listan derechos humanos que todos, y particularmente los jóvenes, debían poder ejercer, tales como el derecho a la vida, a la privacidad, a la educación, a la protección de la explotación sexual y el abuso, y al acceso a los servicios de atención de salud. Sin embargo, con frecuencia estos derechos sólo están en el papel y no son respetados. Un ejemplo sobresaliente de esta realidad es la alta prevalencia de trabajo en niños menores de 18 años, muchos de los cuales participan en el trabajo sexual, el trabajo doméstico y el trabajo forzado, con evidentes riesgos para su salud y su vida.

Superar esta brecha implica proteger los derechos humanos de una manera mucho más clara y eficiente. Ello puede incluir la promoción de cambios jurídicos dentro de los países, el desarrollo de servicios legales, el cabildeo para el respeto de las leyes, y también el desarrollo de servicios de salud, incluyendo la salud sexual, para jóvenes cuyos derechos no son observados.

Extendiendo la discusión hacia otros grupos, la protección de los derechos humanos suele ser una necesidad para varios tipos de grupos distintos o minoritarios, comenzando por las mujeres en un mundo sexista, y pasando por las minorías sexuales, las minorías étnicas, los migrantes y los pobres.

2. Se conoce qué acciones funcionan, pero no se conoce lo suficiente de éstas. A lo largo de los años se ha consolidado una enorme cantidad de conocimiento y experiencia en prevención. Ejemplos de intervenciones efectivas que no han sido puestas en práctica con suficiente amplitud, incluyen la educación en salud sexual, el trabajo con educadores de pares, el acceso a servicios de ETS confidenciales y amigables, los paquetes de prevención integrales para usuarios de drogas inyectables, y la promoción de condones. Estas intervenciones deberían hacerse de manera combinada, no alternativa. Lamentablemente, muchos países se concentran en una actividad o en un grupo de riesgo.

Cerrar esta brecha implica hacer más de lo que funciona. Ello implica, por ejemplo, reconocer que los grupos de riesgo, tal como suelen ser imaginados, no están tan separados entre sí: muchos camioneros son jóvenes adultos, tanto como las trabajadoras sexuales a las que buscan. Usualmente, los programas más exitosos y de mayor potencialidad son aquellos que combinan varias estrategias de manera intensiva, y sobre todo, que prestan atención a factores políticos y de involucramiento comunitario fundamental.

\* Sittitrai, Werasing. *Preventing HIV in new generations: Expanding the success; understanding the failures*. Plenary 1-4. XII International AIDS Conference.

\*\* Nuestra traducción de "Bridging the gaps".

3. Los jóvenes son activos sexualmente y utilizan drogas, pero los adultos no lo admiten. Muchos jóvenes tienen sexo. No todos ellos, y no todo el tiempo. Pero muchos jóvenes son sexualmente activos. Igualmente, muchos jóvenes usan drogas, y probablemente una considerable proporción de los usuarios de drogas son personas jóvenes. Sin embargo, resulta difícil para los tomadores de decisiones admitir estas conductas en los jóvenes (pues se prefiere un discurso de la realidad basada en el debe ser, en vez de asumir uno basado en el es). Y este discurso que niega la existencia de estas experiencias termina bloqueando la posibilidad de diseñar políticas de respuesta a las mismas.

Cerrar esta brecha implica admitir que los jóvenes tienen sexo y utilizan drogas. Ello implica, usualmente, una cuota reconocible de valor por parte de los tomadores de decisiones, pues admitir que la población, y particularmente los jóvenes, tienen conductas tabú representa un riesgo político en algunos contextos culturales. En estos contextos, la tarea del resto de la sociedad incluye el cabileo por una acción más realista que cree un nicho favorable para la asunción de nuevas actitudes en los gobiernos.

Este punto puede fácilmente extenderse hacia otras prácticas de la población que, por su indeseabilidad social normativa, son negadas en el discurso público y por ello ignoradas en los programas preventivos. Tal es el caso de la actividad sexual entre varones (incluyendo varones sin identidad homosexual e incluso unidos formalmente a mujeres), la frecuencia de relaciones extramaritales, la existencia de turismo sexual y de trabajo sexual (incluyendo el de menores de edad), y el uso de drogas.

4. Se reconocen los riesgos, pero no la vulnerabilidad. Mientras el concepto de riesgo es finalmente un concepto relativo a probabilidades, el de vulnerabilidad es un concepto social, que se refiere justamente a la estructura de la sociedad y a cómo la desigualdad entre las personas que la constituyen determina diferencias en los riesgos para el VIH. El enfoque de riesgos limita el panorama en tanto, al hablarse de infecciones individuales, concentra la atención en opciones o experiencias personales. Pero no evidencia la forma en que estas experiencias son constreñidas por factores estructurales. Un ejemplo claro es el de las jóvenes que son forzadas al comercio sexual en muchos países, y que provienen de familias pobres en pueblos remotos. Ellas son muy vulnerables al VIH, pues no pueden rehusarse a entrar al comercio sexual ni escapar del prostíbulo.

Cerrar esta cuarta brecha implica reconocer la vulnerabilidad y actuar sobre ella. Esto implica, primero, cambiar el enfoque centrado en riesgos —donde todavía existe así— y complejizar la mirada para identificar la forma en que la estructura social determina una vulnerabilidad diferencial de las personas. Luego, tratar de organizar intervenciones de muchos tipos que permitan mejorar las condiciones de vulnerabilidad de las personas. Probablemente aquí es donde estamos aún en una etapa inicial del camino. La vulnerabilidad social está justamente determinada por las desigualdades e injusticias impuestas por las diferencias de poder y los recursos económicos, y su cambio directo no ocurre consensualmente. Sin embargo, muchos caminos indirectos, tales como algunas leyes adecuadamente apoyadas, o una educación amplificadora, o la ampliación del acceso a la salud, pueden disminuir, más lenta pero también seguramente, esta vulnerabilidad.

5. Siempre se ve a los jóvenes como el problema, pero no como la solución. En pocas ocasiones se da a los jóvenes la oportunidad para participar de los programas dirigidos hacia ellos, asumiéndolos como el problema o como un grupo objetivo. Pero los jóvenes son una fuerza de cambio; son potencialmente una fuente excelente de estrategias preventivas. Por ello, cerrar esta brecha implica aceptar que los jóvenes son también la solución. Muchos ejemplos alrededor del mundo ilustran que los jóvenes, en los contextos adecuados de oportunidad, pueden ofrecer sorprendentes soluciones e iniciativas en prevención.

Esta idea puede extenderse a otros grupos, pues tiene que ver también con la oposición entre un acción programática cientificista y una participativa. El discurso

tecnocrático suele estar distanciado de las circunstancias concretas de vida de los grupos más vulnerables, por lo que las estrategias de prevención con éstos deben construirse con su participación directa.

## Conclusiones y recomendaciones

La XII Conferencia Internacional sobre SIDA realizada en Ginebra no fue, desde el punto de vista de las ciencias sociales,\* portadora de novedades espectaculares, pero sí constituyó un espacio de reafirmación de algunas tendencias promisorias en los enfoques de análisis e intervención observadas en los últimos años, (92) así como de reflexión sobre las inacciones o limitaciones en la respuesta social a la pandemia observadas en extensas áreas del orbe.

En relación con los programas de prevención, aquéllos dirigidos a los jóvenes mostraron que los enfoques de base comunitaria están siendo crecientemente favorecidos, con el involucramiento de los mismos jóvenes y la participación de otros actores cruciales. En estos programas se adopta típicamente un enfoque de prevención combinada (en palabras de Peter Piot), lo que involucra realizar intervenciones múltiples en un entorno social que apoye el cambio. Se presentó evidencia adicional acerca de que los programas de educación sexual bien diseñados y ejecutados no conducen a un incremento en la actividad sexual, pero proveen la base para una reducción significativa en los riesgos. Los programas que se limitan a recomendar la abstinencia son vistos, en general, como insuficientes, mientras que otros programas más realistas que incluyen un enfoque holístico de la prevención y la atención centrado en los jóvenes están definiendo el nuevo estado del arte. También se consideró clave la construcción de capacidades diversas en las organizaciones comunitarias que trabajan con jóvenes.

Las intervenciones para la reducción de daños en usuarios de drogas endovenosas se están haciendo posibles aun en las circunstancias más difíciles, y están siendo vistas como un componente central de los esfuerzos de prevención del SIDA. Para una efectividad duradera y para satisfacer una diversidad de necesidades, estos programas deben ir más allá del acceso a jeringas y agujas, e incluir asesoría, servicios sociales, educación para la reducción de riesgos sexuales y acceso a terapias, particularmente programas de sustitución con metadona. Los derechos humanos de los usuarios de drogas deben ser respetados sobre todo en las prisiones. Se requiere más investigación sobre varias cuestiones éticas y legales en el trabajo con poblaciones UDI, así como sobre programas de atención para UDIs seropositivos.

Los programas en torno al trabajo sexual buscan crecientemente interactuar tanto con las/os trabajadoras/es sexuales como con sus clientes. Se está observando un creciente énfasis en el empoderamiento de las/os trabajadoras/es sexuales a través de la educación de pares y otros medios. Más allá de ello, es importante enfatizar en los mensajes de prevención que ellos no son responsables de la diseminación del VIH. Los derechos y la dignidad de las/os trabajadoras/es sexuales deberían ser afirmados en las políticas públicas. Finalmente, continúa existiendo una negativa a abordar como una realidad la existencia del trabajo sexual masculino.

Se están estableciendo programas orientados a hombres gay y homosexualmente activos en muchos países en el mundo en desarrollo. Estos programas reconocen que el respeto por los derechos humanos de estos hombres es una pre-condición para el éxito.

\* Ha sido útil aquí una revisión de la relatoría del *track D* de la Conferencia a cargo de Ana Luisa Liguori.

Sin embargo, tal respeto no existe todavía en muchos países, en los cuales la ilegalidad y la discriminación de la homosexualidad obstaculiza los esfuerzos de prevención. Aunque las comunidades gay del occidente desarrollado tienen acceso a tratamientos y otros recursos, enfrentan nuevos problemas de promoción de la salud, incluyendo las diferencias generacionales en la percepción del riesgo para el SIDA, la recidiva en prácticas de riesgo a partir de la aparición de los nuevos anti-retrovirales inhibidores de la proteasa, y el retorno al trabajo de personas en tratamiento que habían estado incapacitadas por un tiempo y cuya salud ha mejorado.

Se ha observado una diversificación y un enriquecimiento de los programas de prevención en el lugar de trabajo, y particularmente en espacios en los que se desarrollan ocupaciones asociadas con una mayor vulnerabilidad, tales como los espacios rurales de la migración estacional o los sistemas de transporte de mercancías a través de camiones. También se está incluyendo aquí al turismo sexual, lo que está pasando por su reconocimiento como una realidad y el desarrollo de esfuerzos para, respetando los derechos de las personas involucradas, evitar que contribuya a la expansión de la epidemia del VIH.

Se presentó una gran cantidad de información sobre el condón femenino, incluyendo información sobre su disponibilidad, potencialmente mayor gracias a la reducción de precios en los países en desarrollo y al despliegue de programas de mercadeo social. También se describieron los resultados de investigaciones acerca de la posibilidad de su reutilización hasta en diez sesiones, con lavados adecuados. Sin embargo, persiste la preocupación de que este dispositivo permanezca finalmente como un método disponible limitadamente, y se espera el desarrollo de otras tecnologías para incrementar las opciones preventivas, particularmente entre las mujeres.

En conclusión, la Conferencia confirmó el logro de importantes avances en prevención con distintos grupos a lo largo de los años, pero también mostró que estos avances no tienen resonancia en la magnitud en que podrían tenerla. Por otro lado, pareció formarse consenso acerca de la idea de que los programas deben combinar intervenciones de manera intensiva (en vez de orientarse sólo a un grupo aislado o a una intervención única) y girar en torno a las iniciativas y protagonismo de la población destinataria. Tampoco debe perderse de vista que estas intervenciones preventivas deben no sólo pensarse en términos de modificar conductas individuales con base en decisiones racionales de los individuos, sino sobre todo considerar alterar las condiciones sociales (estructurales) que limitan de modo fundamental la capacidad de elección de conductas por parte de los individuos, haciéndolos vulnerables. Y que deben, además, respetar por sobre todo los derechos humanos de los grupos a los que se dirigen y de todos los demás.

Se revisaron importantes puntos acerca de la evaluación de programas. El uso de metaanálisis de evaluaciones de programas preventivos está resultando útil para poner en perspectiva un gran número de experiencias de intervención. Son necesarias mediciones de conducta sexual que muestren una mejor correlación con marcadores biológicos. Se presentaron argumentos sobre la necesidad de evaluaciones más sistemáticas de los programas llevados a cabo, así como sobre la incorporación de datos evaluativos en la planificación de programas. Faltó, sin embargo, poner mayor atención en el desarrollo de metodologías de evaluación cualitativa y evaluación de cambios en el ambiente político (fundamental para el trabajo de cabildeo), así como en la complejidad de enfoques que requiere la evaluación de ensayos de intervenciones comunitarias.

Se expusieron visiones más complejas acerca de la participación comunitaria. Se sostuvo que ésta es importante como estrategia para la promoción y protección de los derechos humanos, y como sostén para el mantenimiento de conductas sexuales seguras (a través de múltiples canales de promoción de la salud). Se llamó la atención sobre la variedad de significados alternativos que el término comunidad puede tener, así como la

multiplicidad y fluidez de las identidades comunitarias. Finalmente, se presentaron ejemplos novedosos sobre participación comunitaria en prevención y atención.

La atención al tema del género y al análisis de género fue notable, presentándose panoramas más profundos sobre la vulnerabilidad de la mujer, y existiendo incluso discusiones complementarias como una sobre sexualidad masculina. Quedó claro, por ejemplo, que incrementar el acceso de la mujer a recursos fundamentales de la sociedad, tales como capacidad adquisitiva, habilidades, educación, y apoyo social, puede permitir un mejor balance de poder. Pero se sostuvo que pese a este aprendizaje todavía no se vislumbran iniciativas amplias para disminuir la vulnerabilidad de la mujer logrando un impacto sobre tales condiciones de vida.

La reflexión previa sobre análisis de género constituyó un claro ejemplo del análisis sobre la vulnerabilidad en general. Aunque se ha establecido un discurso cada vez más elocuente sobre la vulnerabilidad social y su estrecha relación con la vulnerabilidad a la infección por VIH (y se le propone como una alternativa más razonable frente a una perspectiva limitada a los riesgos individuales), parece haber todavía dificultad para diseñar estrategias para intervenciones estructurales que reduzcan la vulnerabilidad de los grupos en desventaja. Ello no sorprende, ya que tal disminución de vulnerabilidad de algunos casi invariablemente implica estrategias redistributivas (de recursos o de poder) que no son bien recibidas, sino obstaculizadas, por los sectores de mayor privilegio.

Por último, es necesario subrayar que muchas presentaciones llevaron implícito, o hicieron explícito, un punto fundamental: mucho de lo que pueda hacerse para el control de la pandemia de VIH en el mundo estará mediado por decisiones políticas de alto nivel en los gobiernos y organizaciones internacionales, y tiene que ver con recursos y con el establecimiento de prioridades. Para ello será fundamental, sin duda, una reflexión responsable que no niegue las realidades del VIH y que sea capaz de reconocer las dimensiones de la vulnerabilidad social que favorecen su expansión (incluyendo aquellas políticamente incómodas como el trabajo sexual infantil, la diversidad sexual, la inequidad de género o la marginalidad de los migrantes). Desde una perspectiva de derechos humanos, esta reflexión deberá conducir a actuar asegurando los recursos para la mejor aplicación de la tecnología preventiva y asistencial existente, sin dejar de reconocer la necesidad de cambios en las estructuras sociales que, de permanecer invariables, afectarán el curso de la pandemia.

## Referencias

1. Aggleton, P. (1996). (Is there) Method in the Madness? Methodology and Interpretation in Sociosexual Research on HIV and AIDS. Presentado en el Simposio Reconceiving Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Rio de Janeiro, 14-17 abril.
2. Parker R. (1995). Setting a New Agenda for Research and Intervention: From Culture to Politics. Presentado en el Simposio de la Fundación CIBA: Advancing a New Agenda for AIDS Research. 13-14 de Noviembre, Londres.
3. Giami A., Dowsett, G. (1996). Social Research on sexuality: Contextual and Interpersonal Approaches. AIDS 10 (suppl A): S191-S196.
4. Cáceres C. The production of Knowledge on Sexuality in the AIDS Era: Some Issues, Opportunities and Challenges. In: Parker, R., Barbosa, R. & Aggleton, P. (Eds) Framing the Sexual Subject: The Politics of Gender, Sexuality and Power. In press: University of California Press.
5. Catania, J., Moskowitz, J., Ruiz, M. & Cleland, J. (1996). A review of National AIDS-related Behavioral Surveys. AIDS 10 (suppl A): S183-S192.
6. Foucault, M. (1980). The History of Sexuality. Volume I: An Introduction. New York: Random House, Vintage Books.
7. Rubin, G. (1984). Thinking sex: Notes for a Radical Theory on the Politics of Sexuality. In: Vance, C. (Ed). Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality. London: Routledge & Keagan Paul.
8. Weeks, J. Sexuality and its Discontents. Meanings, Myths and Modern Sexualities. London: Routledge and Keagan Paul.
9. Castro, R. Y Bronfman, M. (1997). Algunos problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. Presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, México, 2-6 de junio.
10. Simon, W. y Gagnon, J. (1984). Sexual Scripts. Society 23 (1):53-60.
11. Laumann, E. & Gagnon, J. (1995). A sociological perspective on Sexual Action. In: Parker R. & Gagnon, J. (Eds). Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a post-modern world. New York/London: Routledge.
12. Berger, P., Luckmann, T. (1966). The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge. New York: Doubleday.
13. Dowsett G. & col. Constructs of Community in HIV/AIDS health promotion in Australia. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 34186]
14. Whitman S. & Murphy J. Inequalities in declining HIV-related mortality. Chicago, Illinois, USA-1996. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43433]
15. Saladoka Speith J y col. HIV/AIDS and men who have sex with men in the South Pacific: A partnership between a marginalised group, a CBO and a regional university. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43380]
16. Jenkins C. Love magic and HIV risk in Papua-New Guinea. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14318]
17. Cavalheiro T. Y col. Risk perception and condom use among adolescents during summer vacation. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14264]

18. Quintana A., Vásquez E. HIV/AIDS, risk perception and adolescents in Lima. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14210]
19. Waldo C., Kegeles S. & Hays, R. Self-acceptance of gay identity decreases sexual risk behavior and increases psychological health in U.S. young gay men. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14135]
20. Jenkins, C. Varieties of homosexuality in Bangladesh: Implications for HIV prevention. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14312]
21. Nzeḡwu, F. Mother-daughter communication: A two-way process. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 34347]
22. Ferraz E., Ferreira, I. Sex education and VHI/STD prevention program for adolescents. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 13498]
23. Banspach, S. & col. Evaluation results from the safer choices project: A multi-faceted HIV prevention intervention program for high-school students. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14249]
24. Greyling, C. & col. Multi-cultural peer group project creates effective AIDS awareness. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33517]
25. Cáceres C. & col. Sexual health in a young city: a community-based intervention on youth sexual health in Lima. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43170]
26. Proude E., Ward J. Evaluation of a brief general practice-based intervention to reduce STD risk behavior among adults aged 18-25 years. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14253]
27. Mansergh G. & col. Social-normative factors partially explain the association between younger age and HIV risk in gay/bisexual men in the U.S. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23349]
28. Bochow, M. Are youth and drug use risk factors among German gay men? Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23133]
29. Crawford J. & col. Negotiated safety and agreements between men in relationships: Are all agreements equal? Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23105]
30. Sandfort T. & col. Differential effects of multiple loss on safe sex intentions and behavior in gay men. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23132]
31. Scherbakov, S. Study of dangerous behavioral patterns in teenage boy sex workers and their clients in St. Petersburg. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14258]
32. Zuilhof W., Mass, P. HIV prevention for clients of male sex workers: An experiment in planned action. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43367]
33. Aggleton, P., Liguori, A., Hernández J. Male sex work in Mexico City. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23596]

34. Mayorga, R. Human rights advocacy: Ensuring HIV/AIDS prevention among transvestite sex workers and other gay men in Guatemala. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 44146]
35. Aspin C. Responding to the needs of Maori gay men and transsexuals who live in Sydney. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14220]
36. Smith, G. HIV intervention among Chinese MSM in Hong Kong's gay saunas. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43316]
37. Gauthier L., Roberto P., Rodríguez, C. Holistic workshops. Prevention of sexual transmission diseases and HIV/AIDS in vulnerable populations: Men that have sex with men. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43277]
38. Sangiwa G. & col. Voluntry HIV counselling and testing (VCT) reduces risk behavior in developing countries: Results from the voluntary counselling and testing study. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33269]
39. Lehman J & col. HIV testing behavior among at-risk populations: Why do persons seek, defer, or avoid getting tested in the United States? Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43103]
40. Albizu C. Which individuals undergo voluntary HIV serologic testing in Puerto Rico? Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43121]
41. Chandhok K & col. Unlinked and anonymous counselling to the general public through an interactive voice response system. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33473]
42. Mujurizi R. & col. Performance of a rapid HIV testing algorithm for same day results at the AIDS information Centre, Uganda. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43109]
43. Hamers F, Delmas M, Alix, J. Unawareness of HIV seropositivity before AIDS diagnosis in Europe. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43105]
44. Kaayawa I & col. Clients's views on HIV counselling and testing - Is it helpful? Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33265]
45. Van Mens L, Vangelder P. Criteria for evaluation of education given to clients of sex workers. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43229]
46. Bista K, & col. Peer education/awareness among commercial sex workers in Pkhara, Nepal. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23508]
47. Wu Z & col. Promoting condom use among female sex workers in natural settings in Yunnan, China. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33332]
48. Diallo M. & col. Decline in prevalence of HIV infection and STD and increase in condom use among female sexworkers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1992-1997. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43236]

49. Chowdhury R. Scaling up of interventions through community-based organizations. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 34210]
50. Weiss E., Nastasi, B. Reducing gender-related barriers in HIV prevention efforts: Findings from ICRW's women and AIDS research program. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14262]
51. Swezey T. & col. Power echoes: The impact of gendered power relations on HIV/AIDS risk and risk reduction as echoed in survey responses. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14182]
52. Chaima A, Zimba D. Cultural beliefs, barriers to sex discussion among married couples and its implications in STD/HIV/AIDS prevention in Malawi. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14213]
53. Shrestha D, Thompson W, Weeden L. Gender and STD/HIV risk in nine populations in Nepal: Challenging the ideal of a woman of "Good Character". Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14227]
54. Spencer B., Jeannin A., Dubois-Arber F. Whose turn tonight? An appropriation of the circumstances of condom use (purchase, proposal, donning) by gender. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33103]
55. Esher A. & col. Gender issues in HIV prevention for heterosexual men. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43381]
56. Nina-Estrella R. & col. Setting the stage for a family intervention: Results from focus group studies of Puerto Rican mothers and adolescent daughters. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 13404]
57. Paxton L. & col. Sexual coercion and HIV risk perception in rural Uganda. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23351]
58. Pluciennik A. & col. Women's health promotion - STD/AIDS prevention and control: Integration of activities. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23451]
59. Cordeiro J & col. Reducing harm: The effects of childhood abuse on negotiating HIV risk reduction. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23382]
60. Sikkema K & col. Outcomes of a community-level HIV prevention intervention for women. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43228]
61. Lubowitz S. Working with women whose male partners are homosexually active. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43256]
62. Rutherford G, Kennedy G, Bergo L. Cochrane collaborative review group on HIV infection and AIDS. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 34356]
63. Semaan S & col. A meta analysis of the impact of HIV risk reduction interventions on safer sex behaviors of drug users. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14250]

64. Exner R & col. A review of HIV interventions with adult heterosexually active men. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 44303]
65. Peterman T. & col. Does measured behavior change reflect change in STD/HIV risk? Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14252]
66. Huszti H, Parsons J, Gage B. Methodologic issues in outcome measures of HIV prevention research: Behaviors of serodiscordant heterosexual couples. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 24169]
67. Somlai A. & col. Improving HIV/AIDS prevention interventions through program evaluation at the community level. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 44302]
68. Mueller W. & col. Time-ordered indicators: Useful and efficient tools for steering the national HIV-prevention campaign in Germany. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33443]
69. Colfax G. & col. Potential public health impact of offering post-exposure prophylaxis (PEP) for episodic high-risk sexual behavior by men who have sex with men (MSM). Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33183]
70. Sweat M, Sangiwa G, Balmer D. HIV counselling and testing in Tanzania and Kenya is cost-effective: Results from the voluntary HIV counselling and testing study. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33277]
71. Davoli M & col. The effects of two years of harm reduction in Rome. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33391]
72. Kumaranayake L & col. Cost-effectiveness of an HIV/AIDS peer education programme among CSW: results from Cameroon. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33592]
73. Korenromp E & col. Patterns of participation in mass STD treatment: Model-aided evaluation of impact on HIV incidence. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43476]
74. Reid E, Gueye M, Goumbala B. Strengthening the community response to the HIV epidemic in Senegal. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 34120]
75. Schapink H, Nyomyo J. Mobilization of communities for social change through risk behaviour mapping. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 13408]
76. Intamoon P. Community-based care for the people living with HIV/AIDS. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 34140]
77. De Lima R & col. Integration of HIV/AIDS prevention and care at the community level. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 34109]
78. Akabes P & col. A simple method for process evaluation of needle- and syringe-exchange programs: Results of pilot testing in Poland, 1997. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23178]

79. Statvickis A. HIV/AIDS prevention activity among intravenous opioids users in Klalpeda (Lithuania). Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 23220]
80. Broadhead R. & col. The impact results of a peer-driven intervention to combat HIV among drug injectors. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33335]
81. Kabita M. Harm reduction and community mobilisation with IDUs on Bangladesh/Indian border. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33386]
82. Telles P, Sampaio C, Bastos W. Implementing a harm reduction program in the complex environment of Rio de Janeiro City. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33390]
83. Altice F. & col. Needle exchange -based health services as a comprehensive community prevention program. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43227]
84. Homsy J & col. Free condoms/sold condoms: Which is actually used? Lessons from the field in a remote district of Northern Uganda. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 14263]
85. Stallworthy G. Analysis of unit costs in 23 condom social marketing programs 1990-1996. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 44240]
86. Kanjilal B. AIDS, India and the trucking industry. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 44200]
87. Katzenstein D. & col. Peer education among factory workers in Zimbabwe: Providing a sustainable HIV prevention intervention. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 33514]
88. Faleyimu B & col. Sexual networking and AIDS awareness program at the workplace: The case of oil locations in Nigeria. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 43230]
89. Forsythe S, Hasbun J, Butler M. Protecting paradise: Tourism and AIDS in the Dominican Republic. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 44239]
90. Gibson S, Plotnick A, Scott D. Grief at work: Helping organizations cope with AIDS-related loss. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 24243]
91. Clarkson B. UK Coalition back to work pilot project. Libro de Resúmenes, XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 28 junio-3 julio 1998. [Resumen 24288]
92. Amuchástegui, A. (1996). "Aportaciones de las ciencias sociales para la prevención del SIDA." En: Izazola, J. (Ed). SIDA: *Estado Actual del Conocimiento*. Basado en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en Vancouver, Canadá. México, D.F.: Funsalud/ SIDALAC/ Noriega Eds.

SECCIÓN V  
MOVILIZACIÓN COMUNITARIA\*

\* El Matemático Jorge Beloqui es el coeditor de esta sección



## LA MOVILIZACIÓN COMUNITARIA COMO PIEZA CLAVE PARA LA PREVENCIÓN SOSTENIDA A NIVEL COMUNITARIO

*Mabel Bianco\**

### Introducción

El VIH/SIDA constituye un problema social que involucra múltiples aspectos de la vida de los individuos y sus comunidades. Está relacionado con acciones individuales y colectivas, con pautas y valores culturales, con determinantes socio-económicos, con el proyecto y los modelos de vida, con la edad, la sexualidad, incluyendo la orientación sexual, la inserción laboral y la constitución de las familias, de los vínculos y de las redes sociales en las que interactúan las personas.

Por lo tanto el VIH/SIDA, por ser un problema social multifacético y con manifestaciones muy diversas según el contexto en que ocurre, requiere de múltiples respuestas comunitarias y sociales, diversas y acordes a cada situación. Por ello la movilización comunitaria en el VIH/SIDA es imprescindible. Cabe señalar que en este tema se puede actuar por acción u omisión. Muchas sociedades, frente al VIH/SIDA decidieron callarse e ignorar el problema. Esto que es una clara omisión de la comunidad, ha sido no solo negativo para la respuesta de esa comunidad frente al VIH que favorece el crecimiento de la pandemia, sino también por dar un modelo a otros países y en el propio país a otros temas.

A 17 años del comienzo de la epidemia, mucho se ha avanzado en el conocimiento del virus, de la enfermedad y de la epidemia. Sin embargo, los avances tecnológicos y científicos no siempre han significado un mejoramiento de cómo viven las personas y los grupos afectados por la epidemia. La discriminación y estigmatización de las personas infectadas y viviendo con el virus, no solo no ha disminuido con los avances de los conocimientos científico-tecnológicos, sino que podemos afirmar que la discriminación y la violación de los Derechos humanos en muchos casos ha aumentado. Frecuentemente, los gobiernos han sido y son los que más activamente han contribuido a aumentar la discriminación. Esto a veces evidencia la falta de una respuesta comunitaria organizada e importante, pero también constituye una causa o motivo dicha movilización surja, se organice y se convierta en algo importante.

En este contexto, se torna indispensable el desarrollo de actividades de concientización y movilización comunitaria. Son los referentes y líderes comunitarios los mejores promotores de la prevención del VIH/SIDA y de la no discriminación de las personas viviendo con VIH/SIDA, puesto que —sin descartar las posibles heterogeneidades— com-

\* Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM); Presidenta. Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en SIDA-LACCASO; Secretaria Regional de América Latina y el Caribe. Buenos Aires, Argentina.

parten con sus comunidades: problemas, visiones, códigos, costumbres, valores y maneras de abordar y/o enfrentar las dificultades y problemas que aglutinan la voluntad de grupos importantes de población y consiguen movilizarlos.

Hoy en día todos coincidimos que el SIDA constituye un importante problema social, y no meramente un problema de salud pública. Por lo tanto para solucionarlo se necesitan respuestas políticas del más alto nivel. Son los jefes de gobierno los que deben tener y demostrar la vocación política para empezar campañas y acciones para controlar la epidemia, solo así ellas son exitosas. Cuando en una comunidad sus principales líderes políticos no asumen la conducción del proceso de prevención y control de la epidemia, es posible que éste fracase, o no sea totalmente exitoso a pesar de los esfuerzos que otros sectores y personas realicen. Es lo que reiteradamente vemos en muchos países de América Latina y el Caribe. Las ONGs y los grupos de personas viviendo con VIH/SIDA realizan múltiples acciones, pero si no se acompaña de la acción decidida de los gobernantes no se logra bajar la incidencia del VIH/SIDA ni cubrir con los beneficios del cuidado de la mayoría de quienes lo necesitan.

En este trabajo analizaremos qué sabíamos antes de la XII Conferencia Internacional de SIDA y qué sabemos ahora después de Ginebra. Consideraremos lo positivo y lo negativo de los aportes de Ginebra 98 y esbozaremos las líneas futuras a seguir.

## Revisión previa a la Conferencia

### *Principales avances en el tema*

Como en otros problemas sociales, en el VIH/SIDA la movilización comunitaria constituye una estrategia eficaz e indispensable para que las respuestas a dichos problemas tengan mayor impacto positivo o éxito.

La definición de comunidad es muy amplia y compleja. ONUSIDA en 1997 definió “comunidad” en su sentido más amplio e inclusivo, como: “grupo de personas que tienen algo en común y actúan conjuntamente por sus intereses comunes”.. La movilización comunitaria es el resultado de la toma de conciencia de los habitantes de una comunidad, de sus problemas compartidos y de la capacidad de acción conjunta de los mismos para lograr beneficios comunes.

ONUSIDA también señaló que la pandemia del VIH/SIDA y las nuevas tecnologías de comunicación, han cambiado las ideas tradicionales de comunidad. Al respecto podemos señalar que el avance acelerado de la tecnología de la comunicación y su globalización cambió totalmente las relaciones entre las comunidades nacionales, su capacidad de interacción con otras comunidades, así como sus posibilidades de respuesta. Hoy en día la velocidad y la capacidad de comunicación ha revolucionado los conocimientos y las posibilidades de interacción entre grupos e individuos de una misma comunidad y de distintas comunidades.

En los últimos años “las comunidades locales nacionales, regionales y/o mundiales” han aumentado considerablemente las posibilidades de compartir sus preocupaciones, experiencias y modalidades en aspectos como: prevenir el VIH/SIDA, brindar atención a las personas viviendo con VIH/SIDA y luchar por el reconocimiento del derecho a la salud y el cumplimiento de los derechos humanos entre otros. Hoy se puede conocer y tener acceso a información directa a través del correo electrónico y del Internet desde los lugares más remotos y con una rapidez inimaginable hace solo una década atrás. Estas nuevas formas de comunicación electrónica cambiaron el tiempo y ritmo de estos intercambios, acelerando y multiplicando sus posibilidades.

Sin embargo, todavía el VIH/SIDA difícilmente constituye un tema convocante para el trabajo y la movilización comunitaria, especialmente en los países de América Latina y el Caribe. En general, los proyectos existentes en el tema en los países en vías de desarrollo dependen de la participación de voluntarios no remunerados, que tienen otras prioridades, y que deben ser convocados y capacitados especialmente, pero cuya actividad e impacto es limitado y no siempre sostenido en el tiempo. En la experiencia revisada se ha observado que es más fácil comenzar un esfuerzo comunitario que mantenerlo luego. A pesar de esto, hay muchos proyectos comunitarios que están desarrollándose desde hace años y que mantienen el entusiasmo y la energía, pero también son muchos, y tal vez más, los que acabaron o fueron perdiendo su vigencia.

Las iniciativas de trabajo comunitario en VIH/SIDA tienen dificultades adicionales, entre ellas podemos mencionar:

- la imposibilidad de mantener la motivación, cuando muchos líderes activistas se enferman y/o mueren a causa del virus,
- la dificultad de vencer los prejuicios y las falacias informativas que promueven la asociación del VIH/SIDA con grupos sociales diferentes, rechazados y marginados y que no estimulan el trabajo comunitario,
- por no ser fácilmente percibido el VIH/SIDA como una urgencia en las comunidades pobres, que tienen otras prioridades y necesidades más inmediatas. Frente a estas dificultades, una de las formas de promover un mayor involucramiento de las comunidades es el trabajo a pequeña escala, pero con logros visibles, y que permitan sostener el esfuerzo e incrementarlo, abarcando progresivamente a grupos más amplios. Esta estrategia probada requiere tiempo y frente a la velocidad del crecimiento de la pandemia el tiempo es un recurso crítico.

En los 17 años de la epidemia, se produjeron y existen en el mundo múltiples y diferentes experiencias comunitarias de proyectos conjuntos o separados de gobiernos, de ONGs y/o de grupos de base comunitaria. Lamentablemente, estas experiencias no están suficiente sistematizadas y solo se accede a los informes y relatos de trabajos comunitarios en VIH/SIDA. Las dificultades de sistematización obedecen, entre otros factores, a la dificultad de medir el impacto de las actividades comunitarias y a la diversidad de las mismas, que habitualmente no permiten comparaciones y análisis. Además, muchas experiencias —especialmente las poco o nada exitosas— no llegan a conocerse. Otras veces las barreras idiomáticas impiden conocerlas.

Sin embargo, en los últimos años se han realizado avances sustantivos, especialmente en las experiencias de prevención con diferentes poblaciones objetivo, entre ellas las realizadas con hombres que tienen sexo con hombres, con jóvenes, con trabajadores/as sexuales y con consumidores de drogas inyectables son las más importantes. Estos grupos, al ser más homogéneos, compartir intereses y vincularse por otros motivos en acciones comunes, tienen condiciones favorables para que se organicen como grupos de interés y se movilicen como tales frente al VIH/SIDA involucrando a otros sectores de la población vinculados a ellos pero no tan directamente “interesados” en el VIH/SIDA.

En el área de tratamiento y cuidado podemos señalar las actividades que involucran a personas viviendo con VIH/SIDA y los esfuerzos coordinados por el acceso a medicamentos y a mejores condiciones de vida. Por último, otras áreas de gran desarrollo son las acciones e impacto de las ONGs con trabajo en VIH/SIDA en las políticas públicas nacionales, y el fortalecimiento del trabajo en red a nivel internacional, regional y nacional, incluyendo a otros grupos, como las ONGs de desarrollo, las de derechos humanos, mujeres, niñez y otras.

Por ejemplo, en Bombay, India, un abogado dudó en aceptar defender a un hombre que al donar sangre en un hospital fue detectado como VIH+ y por ello fue encarcelado por ser considerado “un peligro público”, según el acta sanitaria en ese país. Este caso patrocinado por la Organización de Salud de la India, una ONG que convenció al abogado para defender a este hombre y lo patrocinó, llegó hasta la Corte Suprema de la India y resultó exitoso, permitió cambiar el acta de salud y concientizar a la opinión pública de la violación del derecho a la salud y otros derechos humanos frente al VIH/SIDA. Este abogado fue el comienzo de una movilización de los letrados que posibilitó que los problemas éticos que rodean al VIH/SIDA fueran ampliamente conocidos entre ellos, así como reconocer que la ley debe prevenir la discriminación y la culpabilización de las personas viviendo con el VIH/SIDA.

En América Latina las acciones desarrolladas para lograr el acceso a medicamentos son ejemplos importantes que debemos resaltar. En Costa Rica la acción de un hombre viviendo con VIH/SIDA que inició una demanda legal a la seguridad social que le negaba la triple terapia constituyó un hito, ya que la justicia costarricense le reconoció el derecho y obligó a la seguridad social a brindar estas terapias. Lamentablemente este pionero ya estaba muy grave cuando la justicia dictó la sentencia; empezó a recibir el tratamiento pero falleció a las semanas del fallo. Su lucha permitió nuclear a casi un centenar de personas viviendo con VIH/SIDA en Costa Rica —antes aisladas y dispersas— y que asumieron un rol activo en defensa del derecho a la salud y la vida. El proceso legal permitió que ahora las personas viviendo con el VIH/SIDA gocen del acceso al tratamiento y se apoyen entre sí y con otros grupos.

En Argentina, el suministro irregular e insuficiente de medicamentos alcanzó su mayor conflicto en el segundo semestre de 1996, frente a esto, ocho ONGs con trabajo en VIH/SIDA se asociaron e iniciaron el 30 de noviembre de 1996 un juicio al Ministerio de Salud por incumplimiento de la ley. En tanto se sustentaba el juicio, la justicia dictó un amparo ante el Ministerio de Salud conminándolo al tratamiento de todos los infectados y enfermos que lo requieran. Las ocho ONGs durante los casi 14 meses que duró el juicio, asesoraron a las personas viviendo con VIH/SIDA que no recibían o se les negaba la medicación y acercaron toda la evidencia de estos rechazos a la justicia. En febrero 1998 la justicia dictó sentencia favorable reconociendo el derecho de las ONGs de reclamar en nombre de las personas con SIDA y contra el Ministerio de Salud. Este juicio fue ejemplificador, logró una concientización de la comunidad muy amplia respecto al VIH/SIDA en un país que lo silenciaba y negaba. Los medios de comunicación tomaron el tema y esto contribuyó a la mayor movilización comunitaria. Un efecto no pensado ni previsto fue el reconocimiento del derecho a la salud en los pacientes con otras enfermedades graves. La movilización por el acceso al tratamiento del VIH/SIDA repercutió en enfermos de cáncer y otras patologías graves, a los que el Estado no les suministra los medicamentos ni la atención necesaria. Las ocho ONGs fuimos ampliamente consultadas por estos enfermos y sus familias. Muchos iniciaron amparos y lograron mejorar la respuesta gubernamental por la presión judicial y sobre todo de la comunidad ampliamente reflejada por la prensa.

En el campo de la prevención del VIH/SIDA hay muchas experiencias de grupos de población movilizados para concientizar a otros, así como de acciones gubernamentales con o sin asociación con otros grupos comunitarios que lograron resultados muy importantes. Tailandia es en este campo uno de los mejores ejemplos y debe ser difundido como tal. El compromiso de un gobierno y toda la sociedad y su movilización para informar, educar, y distribuir preservativos logró ser efectiva. Las distintas modalidades de educación de pares y las movilizaciones masivas a través de campañas y actividades con los medios masivos de comunicación, son ejemplo de las más importantes y efectivas respuestas nacionales con una gran movilización comunitaria sostenida a lo largo de los años.

También en el apoyo a infectados/enfermos y en el cuidado de los niños huérfanos, son áreas en las que existen importantes antecedentes. En estos temas grupos religiosos y/o de iglesias asumen un protagonismo interesante, basados en la “caridad” más que en el derecho a la salud. La diversidad de proyectos es muy amplia y con diferentes alcances en cuanto a beneficiarios y modalidades.

La existencia de estas experiencias y su divulgación por los medios de comunicación masivos son los alicientes y estímulos principales para generar nuevos proyectos y entusiasmar y decidir a grupos todavía no involucrados con el VIH/SIDA a hacerlo.

### ***Principales preguntas de investigación en el tema***

Las principales preguntas de investigación acerca de la movilización comunitaria frente al VIH/SIDA están relacionadas con distintos aspectos de la respuesta frente al VIH/SIDA. A continuación especificamos las más importantes a nuestro criterio:

- ¿Cómo lograr ampliar o iniciar una importante movilización comunitaria para reducir la epidemia en el mundo y en los países más afectados?
- ¿Cómo despertar y sostener el interés de la comunidad en la lucha frente al VIH/SIDA? Especialmente en los países pobres o con amplios sectores de población pobre que viven otras urgencias inmediatas.
- ¿Cómo conseguir que la movilización comunitaria permita también una mayor movilización de recursos económicos, para poder reducir la epidemia y atender a los infectados y enfermos?
- ¿Cómo canalizar la movilización comunitaria para disminuir la brecha en el acceso a información y servicios sobre VIH/SIDA entre ricos y pobres, entre países y dentro de un mismo país?
- ¿Cómo organizar la movilización comunitaria a fin de lograr todas las personas interesadas puedan aportar y participar en actividades?
- ¿Qué habilidades desarrollar en los responsables de los programas nacionales, provinciales y/o locales, los directivos de ONGs y otros grupos comunitarios para poder poner en práctica programas de movilización comunitaria perdurables y sostenibles en el tiempo?
- ¿Cómo evaluar el impacto de la movilización comunitaria en la respuesta al VIH/SIDA y qué indicadores elaborar que permitan su monitoreo?

### ***Principales preguntas para el proceso de toma de decisiones***

En el proceso de toma de decisión, la movilización comunitaria es clave porque brinda el apoyo necesario para sustentar a todos los tomadores de decisiones políticos. Cuando las ideas son apoyadas y avaladas por amplios sectores de la población es más fácil que se apliquen y adopten, que si éstas son solo apoyadas por pequeños grupos. Sin embargo, algunas decisiones deben tomarse antes de contar con el apoyo de amplios sectores para lograr luego el consenso.

- ¿Cómo lograr se asegure el acceso de toda la población a la educación sexual y a la información adecuada sobre prevención del VIH/SIDA, así como a métodos de prevención, intercambio de jeringas y otros?
- ¿Cómo contribuir a un balance entre prevención y cuidado en las políticas públicas frente al VIH/SIDA?

- ¿Cómo medir el impacto de las actividades de prevención y su eficacia para su universalización? Cómo garantizar el apoyo comunitario masivo a estas actividades preventivas?
- ¿Cómo disminuir o neutralizar el rechazo de los sectores más conservadores y tradicionales como los grupos de las distintas religiones, especialmente en las actividades de prevención del VIH/SIDA?
- ¿Cómo estimular la participación de los infectados/afectados para asegurar el acceso universal y equitativo de las personas viviendo con VIH/SIDA al sistema de salud y a otros beneficios sociales?
- ¿Qué estudios y análisis de costo/beneficio son necesarios para ayudar a adoptar decisiones en prevención, cuidado y/o tratamiento?
- ¿Qué acciones y medidas adoptar para estimular la participación comunitaria en actividades de atención y cuidado de las personas viviendo con VIH/SIDA?
- ¿Cómo involucrar a los trabajadores y empleadores en acciones que protejan y aseguren el derecho y libertad de trabajo de las personas viviendo con VIH/SIDA, garantizando su estabilidad laboral, y la prohibición de suspensiones y/o despidos injustificados?
- ¿Cómo lograr se adopten programas de disminución del daño para farmacodependientes y se desalienten las medidas represoras?
- ¿Cómo garantizar una mayor participación de drogadictos en la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringas, para los usuarios de drogas endovenosas, así como otras actividades de apoyo individual y grupal?
- ¿Cómo garantizar el manejo más democrático y compartido de los servicios de salud para atender a personas viviendo con VIH, a través de la movilización y participación comunitaria amplia?
- ¿Qué acciones promover para adecuar la legislación para combatir la epidemia, respetar los derechos humanos y garantizar la atención de los infectados?

### *Perspectivas de avance en el tema*

La mejora de las comunicaciones entre distintos grupos en un país y entre países permite ahora una rápida difusión de los conocimientos y las actividades exitosas o no. El amplio desarrollo de redes de ONGs y grupos comunitarios que todavía son los que realizan los principales esfuerzos de movilización comunitaria, especialmente en América Latina y el Caribe, son los principales canales por los que se visualizan las mejores perspectivas de avances. Esto contiene elementos de debilidad como son la dificultad de financiar, y por tanto sostener, el trabajo en red y el alcance limitado de la mayoría de los programas de las ONGs y CBOS.

Los nuevos abordajes y estrategias para la prevención de grupos específicos, las actividades de cabildeo y de “advocacy” para mejorar el acceso a los medicamentos, los estudios de seguimiento de los efectos del tratamiento con el coctel de drogas, la sexualidad masculina, y la transmisión madre-hijo, son temas en los que se pueden esperar avances importantes que logren movilizar a las comunidades.

La celebración de Día Internacional del SIDA, con acciones permanentes a lo largo del año, es importante para la movilización comunitaria, si bien exige la reiteración y adecuación de las tareas para renovarlas. Existen grupos de población que son más proclives que otros a movilizarse por el VIH/SIDA. Los adolescentes son uno de esos grupos y que conviene incorporarlos más activamente en los programas de SIDA. Los medios de comunicación masivos son una herramienta imprescindible para tener éxito en la movilización de la comunidad. En este sentido es importante la capacitación y concientización

de los periodistas sobre el tema. Hemos observado grandes errores que se traducen en divulgar noticias erróneas y que generan gran confusión en la población. El tema de los medicamentos, los “cocteles” de drogas y/u otras medicaciones o estudios son un buen ejemplo. A veces fueron divulgados los resultados como “curación”, “negativización” y/o “desaparición del virus y la infección”, generando expectativas en personas viviendo con VIH/SIDA y sus familias y amigos. También hemos observado un excesivo énfasis en los beneficios de las nuevas terapias que inducen a las personas a pensar no es necesario entonces “cuidarse” y abandonan la prevención.

El concepto de “cronicidad” del SIDA por efecto de los nuevos tratamiento, expresado por los científicos, al ser tomado por los medios de comunicación masivos, se prestó a confusiones en la población.

En el tema de la prevención, la divulgación por parte de grupos religiosos de informes y resultados científicos no confiables de la ineficiencia del preservativo en la prevención del VIH/SIDA, generaron y avalaron las dudas en los jóvenes y adultos y la pérdida de la confianza en el único método difundido y accesible a toda la población.

## Revisión de lo presentado en la conferencia

### *Temas de investigación señalados como principales*

Los principales aportes se refirieron a la prevención entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), la reducción de daños, las experiencias de educadores de pares en distintos grupos de población, el acceso a medicamentos en el marco de los derechos humanos, la prevención de la transmisión madre-hijo y las vacunas.

En la prevención de HSH se presentaron aportes en la investigación de las conductas sexuales de riesgo y su dificultad de percepción desde los propios hombres. Es sabido que la práctica de relaciones sexuales entre hombres no siempre ni habitualmente es percibida como “prácticas homosexuales” por los mismos hombres, especialmente en América Latina, el Caribe y África. Las presentaciones en la sesión de vinculación sobre “Sexualidad Masculina” y la sesión oral sobre “Cultura y comunidad: HSH” abundaron en estos aportes. También las experiencias de resultados exitosos en la prevención de los HSH fueron importantes, como lo demuestran algunos de los trabajos incluidos en el punto anterior.

En el tema de la reducción de daños, los aportes fueron muchos, muy importantes y diversos. Las enormes diferencias en la tasa de incidencia del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables (IDUs) como la observada en Glasgow (Escocia) 1% frente a la de Myanmar (ex Burma) 90% son inexplicables e inaceptables. Cómo pueden existir dos realidades tan dispares, se preguntaban los investigadores. La experiencia suiza fue la más rica y también la más controvertida. Los programas de intercambio de jeringas probaron ser efectivos y se presentaron resultados contundentes. La evaluación de los trabajos de sustitución y reemplazo de drogas para pasar de drogas de aplicación endovenosa a otras inhalantes aplicados en Suiza, permitió comprobar la efectividad de los mismos respecto a la prevención del VIH/SIDA. Los programas con prescripción de drogas adictivas para IDUs fueron los más controvertidos. El programa suizo PROVE de prescripción médica de narcóticos, analizó el impacto provocado por la prescripción de heroína a los IDUs con deficiencias médicas y sociales en Zurich. El mismo fue presentado en un cartel, los autores concluyen que se redujo significativamente el riesgo de VIH en la medida que disminuyó el consumo de heroína y cocaína obtenida fuera del tratamiento controlado. Este hallazgo sin embargo fue relativizado por otros investigadores, ya que no contó con un grupo de control por fuera del programa.

A través de estos programas de reducción de daño, las personas presas también pueden beneficiarse. La coordinadora para el fomento de la salud en las prisiones de Suiza presentó un cartel con un estudio piloto al respecto, que muestra resultados favorables como la disminución del número de agujas compartidas y una mejoría en el estado de salud.

Es evidente que todos estos programas de reducción de daños requieren una clara y explícita voluntad política, pero estos también exigen una gran presión y conciencia comunitaria que la sostenga.

En países en vías de desarrollo como India, las políticas punitivas y persecutorias llegan hasta la existencia en el Estado de Manipur de una disposición excepcional que prohíbe los programas de intercambio de jeringas. El trabajo presentado en Ginebra demostró que la promoción de la compra de jeringas entre los IDUS en India no dio resultados porque estos grupos no pueden invertir en otra cosa que no sea la compra de droga. Por eso los países pobres pueden aprender y aprovechar las experiencias de los países ricos, especialmente Europa y Canadá, y no tener que repetir investigaciones sino directamente aplicar programas. Respecto a la política de Estados Unidos en este tema, se reiteró la necesidad de incorporar el criterio de disminución de daño en lugar de persistir con la penalización de la portación de droga para consumo. La política de “cero tolerancia” fomenta y promueve el aumento del costo de las drogas ilícitas y convierte a la inyección en el método más rentable, según los investigadores esta política continúa a pesar de la evidencia de que la falta de programas de intercambio de agujas contribuye al aumento de la infección.

Las experiencias de educadores de pares en distintos grupos de población aportaron elementos valiosos basados en evaluaciones. Los principales surgen del trabajo con adolescentes y jóvenes. Esto se inició con la participación de jóvenes en la sesión inaugural. Peter Piot, director de ONUSIDA, en la apertura de la Conferencia señaló: “Si bien hoy en el mundo la mitad de las nuevas infecciones ocurren en menores de 25 años, los jóvenes de todo el mundo empezaron a levantarse y enfrentar la epidemia. En todos los continentes, los jóvenes dejaron de esperar a los expertos y se informan entre ellos, se apoyan y protegen mutuamente”. Y agregó Piot: “no solo tenemos que asociarnos con ellos en la movilización frente al SIDA, sino que tenemos que aprender de ellos y copiar sus métodos. Como ellos, debemos ser entusiastas, creativos, cuidar y seguir optimistas y ser impacientes. Con ellos tendremos éxito”. A continuación diez jóvenes expresaron su testimonio. Luego participaron en las sesiones orales como coordinadores y/o presentadores y en otras actividades de la Conferencia.

En la sesión de presentaciones orales sobre “Vulnerabilidad y Jóvenes” se presentaron interesantes aportes, entre ellos cabe mencionar uno de Lima, Perú, sobre percepción de riesgo en adolescentes, y otro de Brasil sobre percepción de riesgo y uso de condones en adolescentes en las vacaciones de verano. Este último señala como un periodo de alto riesgo para los adolescentes (12 a 19 años) las vacaciones, que puede convertirse en una oportunidad de promover la prevención a través de actividades culturales y recreativas: teatro, videos y otros; utilizando técnicas de participación, acción y reflexión. En Lima, la investigación aportó datos de percepción de riesgo y prevención en varones y mujeres claves para la negociación de sexo seguro.

Los carteles tuvieron una gran riqueza y diversidad de experiencias cuyos resultados se pueden sintetizar en que ahora contamos con intervenciones evaluadas que impactan en la disminución de la epidemia.

La prevención de la transmisión madre-hijo fue una en las que más se avanzó desde Vancouver. Un nuevo y más corto tratamiento de AZT fue probado y demostró ser efectivo para disminuir la tasa de transmisión del VIH madre-hijo en los países en desarrollo. El avance presentado en 1994 de reducción del 66% de la transmisión vertical en USA,

no pudo aplicarse masivamente en los países pobres por los altos costos, aproximadamente cada tratamiento cuesta entre 650 y 1000 dólares. Nathan Shaffer, de Colaboración VIII/SIDA, en Bangkok, completó recientemente una investigación que demuestra que ahora sí es posible aplicar estos programas porque se reducen costos. “Con la aplicación del tratamiento corto por vía oral de AZT, o “régimen Bangkok”, por así llamarlo, descubrimos una disminución de la transmisión del 50,1%”, expresó Shaffer. La transmisión en un grupo al que se le administraba un placebo fue del 18%, mientras que entre las mujeres que recibían el tratamiento fue del 9%. El tratamiento corto parece también aumentar la adhesión y disminuir el riesgo de que se desarrollen nuevas cepas resistentes a los medicamentos.\*

En marzo, cuando se divulgaron estos resultados, el laboratorio Glaxo Wellcome anunció que podía reducir el precio de venta del AZT a países en desarrollo para la prevención de la transmisión madre-hijo. Si bien la propuesta de Glaxo sienta un precedente y los precios reducidos permitirán el tratamiento corto a mujeres embarazadas en algunos países, esto ha iniciado una polémica, por parte de algunos activistas del SIDA, que plantean que, si se consideran los millones de dólares que Glaxo ganó con la venta de AZT, debería proveerlo gratis.

Young, de Glaxo Wellcome dice: “Pensamos que el precio diferencial, al nivel en que la planteamos, constituye una contribución importante de nuestra parte y esperamos que alcance para alentar la participación de otros grupos”. Un ámbito de participación para otros grupos puede ser la proposición de alternativas seguras para la lactancia. El éxito del tratamiento corto depende de la eliminación de la lactancia, aunque no se cuantificó esto, pero en buena parte del África las madres deben escoger entre exponer a sus bebés al VIH a través de la leche materna o hacerlo a agentes patógenos que se crían en el agua que usan para diluir la leche. Shaffer señaló que “Especialmente en África, existe todavía una gran preocupación sobre el papel que juega la lactancia y si el tratamiento corto reducirá la transmisión o sólo la desplazará del periodo perinatal al periodo posparto, por eso se deben continuar los estudios”. Investigaciones como las de Shaffer han dado lugar a controversias sobre la ética y el uso de placebos. Esta controversia, a su vez, ha originado investigación que contrapone la eficacia de los estudios con placebo frente a las pruebas de equivalencia.\*\*

J. Kahn comparó la exactitud de datos recogidos mediante experimentos conducidos con placebos y experimentos de pruebas de equivalencia en tratamientos cortos con AZT en el África. Esto fue muy criticado por problemas éticos. Quienes los aplicaron se basaron en que es difícil extrapolar los resultados en mujeres de Estados Unidos a países como los de África y Asia. Los promotores de los estudios con placebo (Kahn y Saba) dicen que estos permiten obtener datos más rápidamente que las pruebas de equivalencia y así poder aplicar antes programas preventivos. La investigación con placebo provee también información confiable para los patrocinadores. Por ejemplo, Saba dice “No se le pue-

\* (Nota del Editor General: si bien las reducciones en la transmisión madre-hijo fueron de 66% en ACTG076 y de 50% en el estudio de Tailandia, los estimadores de la tasa de transmisión después de utilizar AZT fueron semejantes: 8.6% y 9%, respectivamente.)

\*\* (Nota del Editor General: en una reunión celebrada en Brasilia en 1997, se revisaron las políticas sobre lactancia en mujeres seropositivas en 11 países de América Latina. La conclusión fue que cuando exista la posibilidad de proveer sustitución a la lactancia en forma higiénica, nutricionalmente adecuada y sostenida, se lleve a cabo particularmente en países de ingreso medio. Resumen #23323 Izazola JA. “Recommendations from 11 Latin American AIDS Programs to Prevent HIV Transmission Through Breast-feeding”.)

de pedir dos millones de dólares a un patrocinador si los datos que se tienen son imprecisos. Ya es difícil obtener dinero con datos claros, lo es más con información dudosa”.

E. Marseille en San Francisco estudió el costo-beneficio del tratamiento corto en Tanzania y Tailandia. Comparó el costo del tratamiento corto con el valor fiscal en años de vida salvados; y cree que esto permite demostrar la conveniencia también económica de estos programas. Así justifica la realización de estudios con placebo.

Peter Lurie, editor del *Lancet*, en una sesión oral polemizó abiertamente rechazando el doble estándar de estos estudios y negó la validez del “pragmatismo” cuando se violan los derechos humanos como el derecho a la salud y a la vida. En la sesión de vinculación sobre el tema la voz de las mujeres viviendo con el VIH/SIDA sostuvo la defensa de la ética y el respeto de los derechos humanos, así como el derecho de la mujer al tratamiento no sólo durante el embarazo sino durante toda su vida. La realización de tamizaje compulsivo y la dificultad de suprimir la lactancia son otros aspectos no saldados que señalaron las mujeres.

En cuanto al desarrollo de vacunas, José Esparza, consejero para el desarrollo de una vacuna de ONUSIDA, señaló que el ritmo de investigación para desarrollar una vacuna será lento hasta que las industrias farmacéuticas vean alguna ventaja económica y los gobiernos sientan la presión de los activistas. Mientras tanto, la tasa de incidencia del VIH en los países pobres aumentan. El reconocimiento de la necesidad de la movilización comunitaria para promover y acelerar la investigación sobre vacunas fue ampliamente expresado por científicos y activistas en todas las sesiones de la Conferencia dedicadas Vacunas.

Una vacuna contra el VIH en los países en desarrollo sería una arma poderosa, no sólo por su bajo costo sino también por la simplicidad de su aplicación logística. La vacuna implica sólo una o dos aplicaciones y no requerirá supervisar a la persona después de haberla administrado. S. Berkley, presidente de la iniciativa Internacional para una vacuna contra el SIDA (IAVI) en Estados Unidos, expresó en varias sesiones las ventajas y los fundamentos de acelerar la investigación sobre vacunas.

IAVI ha estado trabajando con donativos del Banco Mundial y otras agencias para crear incentivos para la industria farmacéutica con el fin de que se involucren en la creación de vacunas. Se señaló la conveniencia de que los países en desarrollo produzcan sus propias vacunas, eso les daría derechos sobre la propiedad intelectual y permitiría obtener para cepas de virus de esos países.

Se informó que han comenzado los estudios en personas no portadoras en situación de alto riesgo en Estados Unidos y Tailandia, para evaluar la eficacia de la vacuna. Las primeras pruebas parecen indicar que dichos estudios están bien encaminados. La vacuna que se está probando en los Estados Unidos fue diseñada para protección contra las cepas del virus que existen en América del Norte y del Sur. La misma empresa está preparando una vacuna similar dirigida a cepas dominantes en Asia, especialmente en Tailandia, Corea, Japón, Taiwán e Indonesia.

Como hechos positivos se señalaron que en Estados Unidos los Institutos Nacionales de Salud agregaron en su lista de prioridades el desarrollo de una vacuna contra el VIH. A su vez, ONUSIDA está apoyando a los gobiernos de Brasil, Tailandia y Uganda para concretar las investigaciones sobre vacunas.

Se dijo que si la vacuna resulta eficaz en un 30% o un 40%, alcanzaría para identificar los parámetros inmunológicos correlativos a la protección y avanzar más rápidamente en el logro de una vacuna más eficaz.

Las vacunas de virus vivos atenuados aún se encuentran lejos de ser probadas en humanos, Desrosiers afirmó que las mismas ya han superado a otros tipos de vacuna por su eficacia en animales”. Sin embargo, Ruprecht dijo que estas vacunas son peligrosas

debido a su capacidad residual de causar SIDA y alertó sobre estos peligros. Más allá de los avances mencionados, representantes comunitarios opinan que podría hacerse mucho más para promover el desarrollo de una vacuna, porque la misma constituirá en muchos países pobres la única manera de contener la epidemia.

### *Temas señalados como interesantes para la toma de decisión*

Al respecto, los aportes comenzaron desde la ceremonia inaugural, donde se plantearon algunos de los principales señalamientos. Guy-Oliver Segond, presidente del Cantón de Ginebra, afirmó que la respuesta al SIDA debe congregar a toda la comunidad porque el VIH/SIDA es mucho más que un problema médico. Aseguró que la respuesta es fundamentalmente política. A renglón seguido interrogó ¿qué hace la comunidad internacional frente al 90% de las personas enfermas que no tienen acceso al tratamiento? También preguntó ¿qué hacen las empresas farmacéuticas al respecto frente a quienes no pueden afrontar el gasto de los tratamientos?

Por su parte, la Ministra de Salud, Ruth Dreyfus, resumió los fundamentos científicos en que se basó Suiza para establecer su política frente al VIH/SIDA. Señaló lo obsoleto de plantearse invertir en prevención o en tratamiento, y la necesidad e importancia de considerar tanto de los avances en la investigación biomédica como social para la toma de decisión en la adopción de políticas públicas. La doctora Dreyfus y la señora Ruth Cardoso, esposa del Presidente de Brasil, coincidieron en la importancia demostrada de la movilización comunitaria en la respuesta nacional frente a la epidemia.

Robin Gorna, la co-presidenta de la Conferencia en representación de la Comunidad, reforzó la importancia de la movilización y acción comunitaria que lograron la voluntad política y los fondos para la prevención, el tratamiento, la educación y el cuidado de las personas viviendo con VIH/SIDA en el mundo.

La sesión de vinculación sobre “Financiamiento y Políticas” no sólo planteó propuestas provocativas sino que demostró como estudios e investigaciones aportaron información para la toma de decisiones. Se planteó el tema de la competencia por la asignación de fondos entre prevención y tratamiento en SIDA, entre otras patologías y el SIDA, y entre gastos en salud y en otras áreas sociales.

El Ministro de Salud de Francia se refirió al Fondo Solidario Internacional Terapéutico, propuesta que el Presidente de Francia Jacques Chirac presentó en diciembre pasado en la Reunión Regional de África. En su presentación indicó cómo los estudios de costo-beneficio permitieron adoptar decisiones fundadas como los programas de prevención de la transmisión madre-hijo. Enfatizó el deterioro de los indicadores de desarrollo humano de PNUD por efecto del VIH/SIDA y cómo este es instrumento útil. Un estudio realizado por el PNUD mostró que algunos países de África tienen ahora los indicadores de Desarrollo Humano en los valores de los años 70. Esta involución en el progreso del desarrollo humano debido al SIDA es un instrumento clave para la toma de decisiones, que deben ser previas al deterioro.

La disminución del número de usuarios de drogas que comparten jeringas y de las infecciones nuevas entre usuarios de droga surgieron como los principales indicadores para adoptar decisiones respecto a programas de reducción de daño.

Los estudios centinela en grupos como embarazadas, jóvenes que se incorporan a las fuerzas armadas y estudiantes que inician los estudios universitarios fueron instrumentos señalados también para fundamentar la adopción de políticas y programas preventivos masivos y focalizados a grupos jóvenes en otras presentaciones.

La disminución de la transmisión homosexual en el monitoreo de la epidemia es un indicador que permite evaluar los programas focalizados a HSH y de los que hubo varias evidencias.

La disminución de la incidencia de VIH en trabajadores sexuales es otro indicador útil para la adopción de políticas de apoyo y cuidado de estos/as trabajadores.

El uso de la comunicación electrónica en la conferencia y la participación de personas, ONGs y redes en los foros electrónicos previos, durante y posteriores a la Conferencia, son un instrumento para evaluar la movilización comunitaria internacional que estas Conferencias logran y el aporte a la adopción de decisiones en cada país que tienen una amplia gama de resultados, todavía difíciles de evaluar.

### *Avances temáticos reportados en la Conferencia*

Este punto fue ampliamente desarrollado en el apartado *Temas de investigación señalados como principales*. Entendemos que la Conferencia en sí misma fue una experiencia exitosa de movilización comunitaria y constituyó un importante avance. Si bien desde hace una década las Conferencias Internacionales son una movilización muy importante de personas que representan a sectores e intereses muy diversos. En Ginebra se reunieron más de 13,000 participantes; estaban representados gobiernos, empresas privadas, personas viviendo con SIDA, ONGs y múltiples trabajadores que hicieron posible la Conferencia. Pero cada Conferencia implica también la participación previa de muchas personas que, aunque luego no participen físicamente, fueron consultadas, envían resúmenes o tienen alguna participación.

Este año los foros electrónicos establecidos previos, durante y post-conferencia fueron el principal aporte y avance en términos de movilización comunitaria. Porque el correo electrónico permitió que se multiplicara el número de personas que se comunicaron y recibieron información sobre la conferencia, aunque no estuvieran físicamente presentes en una cantidad que ni siquiera podemos estimar.

Otro aporte de gran valor fue el modelo de organización de la Conferencia. El principio de Ginebra como modelo de coparticipación de la comunidad y los científicos, implicó en sí mismo un ejemplo de participación comunitaria exitoso y que resultó probadamente útil y efectivo.

### *Reseña de los mejores resúmenes de América Latina y Caribe según población objetivo*

#### *Experiencias comunitarias novedosas*

103/34217. CAMPAÑA NACIONAL DE CONCIENTIZACIÓN EN UN PAÍS DONDE REINA EL SILENCIO. F. Reyna Gaunteume (Venezuela): Una experiencia en Venezuela se planteó el desafío de romper el silencio impuesto por las fuerzas conservadoras del gobierno, la iglesia y la sociedad, frente al VIH/SIDA. Una ONG y una agencia de avisos publicitarios diseñaron una campaña para humanizar la epidemia. Cuatro avisos relataban las historias de un bebé, un adolescente varón, una mujer profesional y una abuela, de diferentes estratos socioeconómicos. La campaña intentaba concientizar a la población de que el VIH/SIDA está en Venezuela, que cualquiera puede infectarse, y que las personas viviendo con VIH/SIDA viven, sueñan, trabajan y aman como cualquier persona. Se realizará un estudio para evaluar el impacto de la campaña, en términos de concientización, y en la creación del sentido

de solidaridad hacia las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA. Con los resultados, las historias de reestructuración y se focalizarán en el día en que los protagonistas, sus familias y amigos se sientan libres para mostrar sus caras a la sociedad.

El autor afirma que, cuando el gobierno no cumple su función, la comunidad organizada debe tomar la iniciativa y quebrar el silencio. La inacción oficial es un acto de negligencia criminal contra la gente. Aunque exista un pequeño porcentaje de población ya concientizada, la misma puede convertirse en una poderosa aliada para producir cambios.

421/24220. PREVENCIÓN DEL DESPLAZAMIENTO DE NIÑOS HUÉRFANOS DEL SIDA EN BRASIL. M. Fontes (Brasil): Dado el creciente número de niños huérfanos del SIDA en Brasil, se requieren nuevas intervenciones de base comunitaria para reducir el número de niños que son desplazados de sus familias o sus comunidades. Más allá de la asistencia de “Casas de Apoyo”, es necesario ajustar el paradigma para el desarrollo de nuevas estrategias de apoyo en los propios hogares de los niños.

El Proyecto Global de Huérfanos desarrolló un proyecto según un convenio con UNICEF y el Programa de SIDA del Ministerio de Salud para identificar nuevas intervenciones para huérfanos del SIDA. Las “Casas de Apoyo” pueden recibir un máximo de 35-40 niños, sin embargo, otros proyectos comunitarios se desarrollan en el nordeste del país, excedieron el número de beneficiarios. Se previno gran cantidad de niños fueran desplazados, manteniéndose su estructura básica familiar.

Aunque las “Casas de Apoyo” son intervenciones importantes, su éxito fue limitado en la prevención del desplazamiento de los niños. Se necesitan estrategias múltiples de base comunitaria para prevenir que los huérfanos del SIDA sean desplazados de sus familias.

43182. “CARNAVAL” Y SIDA. EDUCACIÓN EN SIDA UTILIZANDO LAS BANDAS CALLEJERAS DE CARNAVAL. T. Roach y otros (Barbados): Un proyecto en Barbados utilizó durante seis años a las bandas musicales callejeras de carnaval como un medio para promover la educación pública y la concientización acerca del VIH/SIDA para promover cambios de conductas.

55.000 personas recibieron los mensajes en las calles y 150.000 lo recibieron por televisión. Se distribuyeron 20.000 folletos y 25.000 preservativos. El 75% de la población de Barbados estuvo expuesta a estos mensajes y actividades.

355/43560. POLÍTICA DE VIH/SIDA EN BRASIL. R. Parker y J. Galvao (Brasil): El proyecto se propuso realizar una evaluación de los programas y políticas sobre VIH/SIDA en Brasil. Se desarrolló un estudio piloto que examinó la epidemiología del SIDA en Brasil, las respuestas de las políticas públicas a la epidemia, la responsabilidad de la sociedad civil a través de las ONGs, denominaciones religiosas, y derechos sexuales y reproductivos. Posteriormente, se realizó una investigación más extensiva, que se focalizó en tres áreas específicas: investigación, prevención y servicios de atención y tratamiento, y en tres áreas de interacción interfases: políticas y programas nacionales e internacionales, el Estado y la sociedad civil, y VIH/SIDA y salud reproductiva. Se formó un comité consultivo nacional y otro internacional, y se formó un grupo de trabajo con representantes de programas nacionales de SIDA, ONGs con trabajo en VIH/SIDA e instituciones de investigaciones sobre políticas de salud.

Fue posible: realizar un cronograma periodización clara de distintas fases en la respuesta programática y de las políticas a la epidemia en Brasil, y relacionar estas fases con la historia política y económica del país y con diferentes desarrollos internacionales claves.

*Hombres que tienen sexo con hombres*

43178. ACTIVISMO CULTURAL Y MOVILIZACIÓN COMUNITARIA. REPENSANDO MODELOS DE PREVENCIÓN PARA HOMBRES GAYS Y BISEXUALES. V. Almeida y otros (Brasil): Para repensar los modelos de abordaje para la prevención de VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres en Río de Janeiro, Brasil, organizaciones con trabajo en VIH/SIDA y organizaciones con trabajo en derechos de los gays desarrollaron una intervención multidimensional.

Se combinaron actividades de promoción de la salud con actividades culturales, como talleres de teatro experimental, debates culturales a partir de películas y videos, un libro con historias de una selección de hombres gays de Brasil, y una publicación con estrategias de prevención del VIH/SIDA en población gay y bisexual.

Merece destacarse como lección aprendida que las estrategias efectivas de prevención del VIH/SIDA se basan en la movilización cultural y política a nivel comunitario. Particularmente en comunidades marginales, estos abordajes pueden proveer modelos alternativos para la intervención, que ofrecen mayores ventajas que los enfoques individuales/psicológicos.

14131. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SIDA TOMANDO COMO GRUPO OBJETIVO A PELUQUEROS, Y COMPORTAMIENTO SEXUAL MASCULINO EN ESTE GRUPO. R. Luque (Colombia): 140 peluqueros fueron capacitados en información, educación y comunicación —EC—, educación de pares, sexo seguro y homosexualidad. Cada líder multiplicaría los conocimientos en 100 pares. El proyecto constituyó una buena estrategia para trabajar con hombres que tienen sexo con hombres.

14239. EL ROL DEL MUNDO CULTURAL Y SOCIAL DE LOS HSH EN EL RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN EL NORDESTE BRASILEÑO. L. Pontes, R. Gondim (Brasil): El estudio intentó establecer los determinantes culturales y sociales en la transmisión del VIH en HSH. Se utilizó la técnica de grupos focales. En los resultados se evidencia que los HSH sexualmente activos no se reconocen como homosexuales, que sienten la naturaleza del varón es la de ser infiel y tener deseos sexuales incontrolables. Las relaciones sexuales aparecen como frecuentes, especialmente con parejas estables, y el uso del condón es abandonado en corto tiempo.

*Experiencias con jóvenes y adolescentes*

153/14264. PERCEPCIÓN DE RIESGO Y USO DE PRESERVATIVOS ENTRE LOS ADOLESCENTES DURANTE LAS VACACIONES DE VERANO. T. Cavalheiro y otros (Brasil): Un estudio realizado en Brasil afirma que la incidencia de embarazos, ETS y VIH/SIDA en población de entre 12 y 20 años de edad es particularmente alta durante las vacaciones de verano. Se realizaron proyecciones de video, talleres sobre sexo seguro y representaciones teatrales, y se distribuyó material educativo. Educadores de pares realizaron encuestas a 324 adolescentes de entre 12 y 20 años para indagar el uso de preservativos. El 80% de los entrevistados se reconocieron ante mayores riesgos de contraer ETS y VIH por las mayores posibilidades de tener relaciones sexuales con desconocidos/as durante las vacaciones, asimismo, en este periodo aumenta el uso de alcohol y drogas.

Adicionalmente existe un problema de acceso a preservativos. Aunque más de la mitad de los adolescentes reportaron el uso de preservativos, una gran proporción no los usa. La falta de protección se relaciona con la falta de percepción de riesgo (44%), determinada por valores emocionales y morales. La comunicación para el cambio de comportamientos debe considerar tanto la percepción de riesgo del individuo, como las normas morales. Se señala la gran utilidad de la información contextualizada y el aconsejamiento personal.

152/14210. VIH/SIDA, PERCEPCIÓN DE RIESGO Y ADOLESCENTES EN LIMA. A. Quintana, E. Vázquez (Perú): Una investigación en Perú, cuyo objetivo era explorar la construcción social de los adolescentes (284 mujeres y 244 varones de entre 15 y 19 años) a través de la evaluación de sus conocimientos, actitudes, experiencias y concepciones acerca de las ETS, incluyendo el VIH/SIDA. Se realizó una triangulación de técnicas cualitativas y cuantitativas. No se encontró relación entre conocimiento, actitudes y comportamiento sexual. La transmisión del VIH no es percibida como riesgo, mientras sí lo es el embarazo. Se evidencia una intención de prácticas sexuales protegidas, aunque éstas no se materializan. Las causas de mayor presencia fueron: las relaciones sexuales no planeadas, el temor a volverse impotentes, falta de experiencia en el uso de preservativos, entre otros. La percepción de riesgo no está relacionada con las parejas estables, y se evidencia en las mujeres grandes dificultades para negociar el sexo seguro. Las decisiones sobre prácticas sexuales más seguras recaen sobre el varón y los resultados demuestran que el uso de condones es una práctica muy limitada. Esto aumenta la vulnerabilidad de las mujeres, por lo cual es esencial el abordaje de esta población a través de la perspectiva de género.

14196. PERCEPCIÓN DE RIESGO Y VULNERABILIDAD EN ADOLESCENTES MUJERES EN ARGENTINA. L. Pagani y otros (Argentina): Se entrenan voluntariamente adolescentes varones y mujeres escolarizados en Argentina, como educadores de pares. Las mujeres participan más en este entrenamiento que los varones.

La percepción de riesgo y vulnerabilidad de las mujeres requiere mayor trabajo con las mujeres adolescentes. No se perciben en riesgo y no negocian el uso de condones.

Los patrones culturales les impiden adoptar conductas de prevención. Tienen gran capacidad de movilización comunitaria.

14243. MASCULINIDADES, NEGOCIACIÓN SEXUAL Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN PUERTO RICO. C. Vázquez-Rivera y otros (Puerto Rico): El objetivo fue entender la construcción social de la masculinidad en estudiantes varones universitarios, y sus implicancias en la negociación sexual para la prevención del VIH/SIDA. Se utilizó la técnica de grupos focales. Como resultado, se evidenció que los varones tienden a construir socialmente sus roles de género a través de modelos recibidos en la familia, la televisión, la escuela y el grupo de amigos. La información recibida es confusa y la sexualidad es un tema del que nadie habla. Los participantes criticaron los roles sexuales estereotipados. En cuanto al uso de condones, el mismo es mayor con las parejas ocasionales.

33539. EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN DE CAPACITACIÓN DE EDUCADORES DE PARES ADOLESCENTES EN ARGENTINA. M. I. Re y otros (Argentina): Se evaluaron 389 adolescentes capacitados en el primer semestre de 1997, en escuelas del Gran Buenos Aires. La evaluación se realizó a través de un cuestionario anónimo inicial y otro después de la capacitación. Mejoraron los conocimientos sobre sexualidad, SIDA, formas de transmisión. La percepción de riesgo no cambió demasiado en términos cuantitativos, pero sí respecto a que después de la capacitación eran más correctos los motivos de riesgo. El uso del preservativo post-capacitación se percibió mejor para prevención de VIH/SIDA y anticonceptivo, y se lo asociaba a seguridad y cuidado del otro.

Los adolescentes desarrollaron tareas comunitarias de multiplicación y mejoraron su autoestima. La incorporación de la perspectiva de género requiere más tiempo y una acción más amplia de toda la comunidad.

33568. MOVILIZACIÓN DE ESTUDIANTES DE MEDICINA PARA PROVEER INFORMACIÓN A TODA LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA. G. Vargas (México): Los estudiantes de medicina de la Universidad Estatal de Morelos, preocupados por la falta de contenidos sobre VIH/SIDA en la currícula, formaron un grupo y recibieron capacitación de sus profesores, sobre sexualidad, ETS y VIH/SIDA. Desarrollaron una estrategia de intervención a través de charlas informales y talleres para la comunidad universitaria. Su primera actividad fue en junio de

1997 y el objetivo del proyecto es informar a toda la comunidad educativa (18.000 personas) para diciembre 98. Los costos de estas intervenciones son muy bajos porque se utilizan recursos locales. 600 estudiantes ya han recibido charlas y/o talleres y refieren valorar la información más ampliamente al ser impartida por sus pares, y afirman que esta metodología es más adecuada para cambiar comportamientos sexuales de riesgo.

### *Experiencia con mujeres*

234/23451. PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES – PREVENCIÓN Y CONTROL DE ETS Y VIH: INTEGRACIÓN DE ACTIVIDADES. L. Rivero Pupo y otros. (Brasil): En Sao Paulo (Brasil) el SIDA constituye la primera causa de muerte en mujeres de 20 a 34 años de edad. Se realizaron seis talleres en diferentes regiones del estado de Sao Paulo Los problemas discutidos fueron: 1) la alta incidencia de ETS y VIH/SIDA en las mujeres; 2) la información sobre planificación familiar que se ofrece separadamente a la información sobre prevención de ETS y VIH/SIDA; 3) atención inadecuada para las mujeres embarazadas viviendo con VIH/SIDA; y 4) Atención inadecuada del parto para las mujeres viviendo con VIH/SIDA.

Se realizaron además dos cursos de capacitación y se editaron materiales educativos sobre transmisión vertical de sífilis y VIH. Considerando las características específicas de estas regiones, la distribución de dichos materiales, condones y medicamentos para el tratamiento y prevención de ETS/SIDA se puso en práctica en el sistema público de salud.

23163. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE HOMBRES Y MUJERES EN ARGENTINA Y LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA. M. Bianco y otras (Argentina): Se realizan talleres de concientización e información a grupos mixtos de personas adultas y a grupos solos de mujeres. Se evalúan antecedentes de compañeros sexuales, edad de inicio de sexual, uso de preservativos, actitudes sexuales y percepción de riesgo frente al VIH. Si bien poseen conocimientos, el uso de preservativos es muy bajo, especialmente los mayores de 30 años. Las mujeres no se perciben en riesgo porque tienen menos compañeros sexuales, viven en parejas estables y no usan preservativos. Necesidad de trabajar con hombres y mujeres adultas y revisar conocimientos y hábitos sexuales.

### *Personas usuarias de drogas*

411–33390: “PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE REDUCCIÓN DEL DAÑO EN UN MEDIO COMPLEJO EN LA CIUDAD DE RÍO DE JANEIRO”. J. R. Telles y otros (Brasil): El Ministerio de Salud en Brasil estableció en esa ciudad un programa de HRP, para enfrentar las restricciones legales para el intercambio de agujas y los prejuicios por la imagen de los IDUS. La principal dificultad inicial fue la dispersión y aislamiento de los IDUS debido a la persecución policial, esto los obligaba a nuclearse en muy pequeños grupos. Son perseguidos por la policía, los traficantes de la droga.

La inclusión de los ex IDUS e IDUS como personal del centro, así como el intenso trabajo con los líderes comunitarios en las áreas marginales (favelas) de Río, donde actúan líderes religiosos, ONGS y organismos gubernamentales fue muy útil. También el trabajo focalizado con algunos grupos, como trabajadores sexuales y ex adictos, fueron positivos. En nueve meses de funcionamiento logró un buen nivel de prestaciones y de personas/grupos atendidos y contactados.

*Experiencias con grupos religiosos*

106/14215. LAS RELIGIONES AFRO-BRASILEÑAS Y LA REDUCCIÓN DEL VIH/SIDA. L. Mott (Brasil): Un proyecto realizado en el nordeste de Brasil plantea los riesgos de las religiones afro-brasileñas por su moral sexual liberal y la práctica de tatuajes rituales con agujas compartidas. El proyecto trabajó con 500 casas de cultos afrobrasileños conocidos como “orixás”. Los representantes de dichas religiones reconocieron el uso compartido de elementos cortantes y las relaciones sexuales desprotegidas como vías principales de transmisión del VIH en sus comunidades. 50 de los líderes capacitados transformaron sus templos en centros de prevención del VIH y han reemplazado las agujas compartidas por agujas individuales. La prevención a través de los líderes es efectiva y una vía de información para los líderes comunitarios sobre programas de prevención y recursos sanitarios disponibles.

VIH Y RELIGIÓN: FE, ESPERANZA Y FATALISMO FRENTE AL SIDA: En un simposio del Foro Comunitario se abrió el diálogo sobre la posibilidad de que las iglesias, incluyendo a la Iglesia Católica Romana, avalen el uso de preservativos y la prevención del VIH/SIDA. Según Byamugisha, un sacerdote anglicano de Uganda, viviendo con VIH/SIDA, la respuesta es sí y no. Si, sí pensamos en los líderes de la iglesia que usan su poder para controlar el aumento de la epidemia. No, para aquellos que usan la epidemia como una oportunidad para controlar a la iglesia. El sacerdote afirmó que la iglesia no puede aplicar la regla de relaciones sexuales sólo para la procreación, ante la realidad del SIDA. Negando a la gente las herramientas básicas para la prevención del VIH/SIDA, la iglesia les está negando sus derechos humanos básicos. El Dios que nos dice que no cometamos adulterio es el mismo que nos pide que protejamos a nuestras familias, incluyendo no las infectemos.

Por otro lado, el sacerdote católico Roberto Vitillo señaló y destacó el rol importante frente al SIDA que cumple la Iglesia Católica, fuera del debate sobre el uso del condón. La Iglesia desarrolla programas educativos en todo el mundo, especialmente en países en vías de desarrollo. Además tiene programas de atención de la salud de infectados y enfermos y múltiples actividades de provisión de soporte espiritual y material a personas viviendo con VIH/SIDA y sus familias.

Un delegado de Brasil afirmó “No es tiempo para que la iglesia se defienda, es tiempo para un cambio”.

*Personas viviendo con VIH**Acceso a tratamientos*

ACCESO: DESDE EL CUIDADO BÁSICO AL ESTADO DEL ARTE. J. Beloqui (Brasil): Aclaró hablaba como Latinoamericano, viviendo con VIH y matemático. En la sesión plenaria Beloqui plantea se destine una parte de los presupuestos militares de los países para la ayuda solidaria a los países en desarrollo para la puesta en marcha del programa de tratamiento a personas viviendo con VIH/SIDA. Analiza el presupuesto en armas de Estados Unidos, Rusia y Japón y los compara con el que él estimó para proveer la triple terapia a casa persona con SIDA, estimando el costo adicional si se ofreciera el nivel de atención de Suiza y el de Canadá. De esta manera podría proveerse de la triple terapia a las 2.3 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en el mundo.

Beloqui plantea como inaceptable la restricción de la atención solo a cuidados paliativos y el tratamiento para ciertas enfermedades oportunistas, porque las terapias combinadas garantizan tres años de supervivencia en promedio. Respecto al costo de las drogas dijo que depende del mercado local, por ejemplo el costo del AZT es mucho

mayor en los países industrializados que en los países en vías de desarrollo, y propone la producción de genéricos en los países en vías de desarrollo. También pidió se ignoren las patentes que significan un aumento de los precios de las drogas. Cita el ejemplo de costo en Malasia 20% más alto que India, debido el primero tiene ley de patentes e India no. Se pregunta si estamos investigando para el mercado o para salvar vidas? Recuerda este año es el décimo aniversario del AZT, cuántos años más se requerirán para recuperar sus costos de investigación?"

CABILDEO ESTRATÉGICO: SIMPOSIO COMUNITARIO (29 junio. CS1): Sally Cowal, directora de relaciones externas de ONUSIDA, presentó la amplia experiencia de ONUSIDA en los distintos continentes. Cabe señalar lo relativo a las iglesias, especialmente en América Latina con la Iglesia Católica. El ejemplo del trabajo conjunto con la Comisión del Episcopado argentino sobre prevención del VIH/SIDA fue uno de los expresados.

Rita Arauz, de la Fundación Nimehuatzin (Nicaragua) presentó la experiencia de Nicaragua de movilización comunitaria y cabildeo en el Parlamento, especialmente para la aprobación de una ley de SIDA particularmente orientada a defender los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA.

74/12412. IMPACTO DEL APOYO FAMILIAR EN EL EGRESO HOSPITALARIO DE INFECTADOS ASINTOMÁTICOS. I. Brunnsma-Adams y otros (Brasil): Se trabajó con familias antes y después del egreso con un grupo multidisciplinario. Se evaluaban las condiciones higiénicas, nutricionales y médicas con que saldría la persona y cómo lo podía cumplir la familia, y se identificaban recursos comunitarios existentes.

En 132 admisiones de 97 personas en 1997, el 86% tuvieron familia continente. Se identificaron necesidades familiares, incluyendo necesidad de apoyo económico, conceptos sobre la transmisión del VIH, abandono social y familiar, y otros aspectos. En el 11% de los casos, no se logró apoyar a la familia y volverla continente.

Disminuyó la duración de las internaciones y el costo, los pacientes ganaron peso y necesitaron menos reinternaciones.

260/24257. CONTENCIÓN PARA PACIENTES CON VIH/SIDA CAPACITANDO A SUS FAMILIAS PARA LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS INTEGRALES. S. Palma Guzmán y otros (México): En el estado de Michoacán, México la población de personas viviendo con VIH/SIDA aumentó. El costo del tratamiento, el estigma social, y las actitudes despectivas de las instituciones de salud, debilitan la salud de estas personas y acelera su proceso hacia la muerte. Se desarrolló un proyecto de seis meses de duración para promover la calidad de vida de las personas de escasos recursos viviendo con VIH/SIDA, principalmente en áreas rurales, a través del mejoramiento del cuidado domiciliario de su salud. Se realizaron visitas domiciliarias para proveer apoyo social y psicológico para los pacientes y sus familias. Se los capacitó en nutrición, higiene y atención integral en medicina tradicional y alternativa. El proyecto asistió a 152 miembros de 72 familias, mejorando las condiciones de vida de 75 personas viviendo con VIH/SIDA, y demostró que con atención adecuada los pacientes pueden vivir mejor. La capacitación redujo significativamente los costos del tratamiento para las familias y para toda la sociedad.

### *Ética y derechos humanos*

536/44104. ACCESO A TRATAMIENTO: PERSONAS AFECTADAS POR EL SIDA EN COSTA RICA GANAN ENMIENDA CONSTITUCIONAL. L. Matamoros y otros (Costa Rica): Un juicio iniciado por un grupo de PLWA resultó en una decisión de la Corte que ordenó al Sistema Nacional de Salud a proveer tratamiento y medicamentos anti-retrovirales. El proceso se inició en 1992 cuando un grupo reclamó a la Corte Suprema la provisión de AZT. En 1996 se empezaron a organi-

zar algunas PLWA y a reclamarle a la Caja Costarricense de Seguridad Social el tratamiento anti-retroviral disponible. La caja nunca lo proveyó e inclusive se negó a dialogar con el grupo.

La corte fue favorable al pedido y se basó en: El derecho a la vida que es un derecho humano básico; El sistema de salud tiene que proveer lo necesario a la gente; Se ha probado que la medicación prolonga la vida y disminuye la mortalidad.

La caja provee ahora la medicación a todas las personas no solo a las cuatro que hicieron la acción legal.

534/44145. DESARROLLO DE PROGRAMA DE DERECHOS HUMANOS PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA EN JALISCO, MÉXICO. A. Díaz Camarena y otros (México): Se estudió el grado de conocimiento sobre derechos humanos y actitudes de un grupo de personal de organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en VIH/SIDA. Luego se puso en práctica un programa de educación, defensa y trabajo en red. Se usaron 100 casos ejemplos de violación de derechos humanos. A pesar de esto, es necesario continuar sensibilizando a la gente viviendo con VIH/SIDA y al personal que atiende esos servicios.

404/44146. ADVOCACY EN DERECHOS HUMANOS: ASEGURANDO LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA ENTRE TRAVESTIS, TRABAJADORES SEXUALES Y OTROS HOMBRES GAYS EN GUATEMALA. R. Mayorga (Guatemala): Los HSH y las trabajadoras sexuales travestis –TST- son dos grupos muy vulnerables en Guatemala. La ONG Oasis inició talleres de información y concientización sobre derechos humanos para grupos de entre 15 y 20 HSH y/o TST. Al final del taller elaboraban un plan de trabajo que podía incluir más capacitación en derechos humanos y otras tareas. Para estos grupos el defender los derechos humanos es una actividad en el marco de la prevención del VIH/SIDA. La prevención no se puede imponer, sino que debe ser incluida en otros aspectos más amplios como los Derecho Humanos.

### Referencias de otros resúmenes de la región

14228. APRENDIENDO DEL SIDA: UNA EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN EN RISARALDA, COLOMBIA. L. Vélez Hoyos (Colombia).

34184. SITUACIÓN COMBINADA: NECESIDAD Y POTENCIAL DE MOVILIZACIÓN SOCIAL Y ANÁLISIS DE LA RESPUESTA CON Y BASADA EN LÍDERES COMUNITARIOS. E. De Moya (República Dominicana).

23486. MUJERES, VIH/SIDA Y GÉNERO. M. Laski y Z. Palma (Argentina).

### Anexo

A continuación se consignan las referencias de los mejores resúmenes de otras partes del mundo.

501/32408. SALUD PUBLICA Y PRISIONES: ASUNTOS EMERGENTES EN ADHERENCIA A TRATAMIENTO. L. Frank (USA).

CS12. SIDA, DERECHOS HUMANOS Y ACTIVISMO. SIMPOSIO COMUNITARIO. La perspectiva de un activista: M. Heywood (Sudáfrica).

143. AUMENTO DE LA VULNERABILIDAD EN PAISES CON ECONOMÍAS EN TRANSICIÓN. E. Pyoryshkina (Rusia).

33354. CONCIENTIZACIÓN SOBRE VIH/SIDA Y ETS ENTRE LOS PASAJEROS DE VEHÍCULOS EN EL ESTADO DE LAGOS. K. Nnamsowo-francis (Nigeria).

33359. USANDO EDUCADORES DE PARES E INFLUYENTES COMUNITARIOS PARA REDUCIR LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS CHICOS DE LA CALLE EN CALCUTA. S. Roy (India).

34147. COSTO DEL VOLUNTARIADO, GANANCIAS PERSONALES Y COLECTIVAS EN INTERVENCIONES EN SIDA EN ÁFRICA. C. Baylies (Tanzania)
- 420/34174. CHICOS DE LAS CIUDADES: UN ANÁLISIS SITUACIONAL DE HUÉRFANOS URBANOS POR SIDA EN BULAWAYO. J. Mthombeni y s. Germann (Zimbabwe)
- 92/34186. CONSTRUCCIONES DE “COMUNIDAD” EN LA PROMOCIÓN DE SALUD EN VIH/SIDA EN AUSTRALIA. G. Dowsett y otros (Australia).
43179. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. CERRANDO LAS BRECHAS EN LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA. A. Cristóbal, Jr. (Filipinas).
44230. PROGRAMA DE MOVILIZACIÓN DE RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN COMUNITARIA DEL VIH/SIDA. M. De castro (Filipinas).
60538. CONVIRTIENDO DIFICULTADES EN OPORTUNIDADES. MANEJO DE RECURSOS Y MOVILIZACIÓN COMUNITARIA PARA CAMPAÑA DE VIH/SIDA. J/ Freden Leoligao y J. Asunción (Filipinas).
33571. SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN DE PARES EN GRUPOS ORGANIZADOS: SASTRES Y MODISTAS. S. Assih (Togo).
- 154/14135. LA ACEPTACIÓN DE LA PROPIA IDENTIDAD GAY DISMINUYE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO Y AUMENTA LA SALUD MENTAL DE LOS HOMBRES GAYS JÓVENES. C. Waldo y otros (USA).
- 401-14233. SER GAY O QUE? CEGUERA DE GÉNERO ENTRE TRABAJADORES SEXUALES FILIPINOS Y SU IMPLICANCIA PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH. O. Patiño (Filipinas).
- 155/14312. VARIEDADES DE LA HOMOSEXUALIDAD EN BANGLADESH: IMPLICANCIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH. C. Jenkins (Bangladesh).
- 642/34107. ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS DEL VIH/SIDA, DE HOMBRES GAYS SUIZOS Y FRANCESES EN LA ERA DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS: UNA COMPARACIÓN DE DOS ENCUESTAS NACIONALES. P. Adam y otros (Suiza).
34143. UN PROGRAMA DE ALBERGUE Y ENTRENAMIENTO PARA HUÉRFANAS EN UN ÁREA DE ALTA SEROPREVALENCIA DEL VIH. J. Imbwae y otros (Zambia).
- 38/33517. PROYECTO MULTICULTURAL DE GRUPO DE PARES CREA CONCIENCIA EFECTIVA ACERCA DEL VIH/SIDA. C. Greyling y otros (Sudáfrica).
- 156/34347. COMUNICACIÓN MADRE-HIJA: UN PROCESO CON DOS CAMINOS. F. Nzeḡwu (Nigeria).
- 245/43379. PREVENCIÓN DE SIDA ENTRE TRABAJADORAS SEXUALES MIGRANTES EN GINEBRA. J. Pióro (Suiza).
- 235/13404. SENTANDO LAS BASES PARA UNA INTERVENCIÓN FAMILIAR: RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES DE MADRES PORTORRIQUEÑAS Y SUS HIJAS ADOLESCENTES. R. Ninaestrella (USA).
23351. COERCIÓN SEXUAL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO AL VIH EN MUJERES RURALES EN UGANDA. L. Paxton y otros (Uganda).
34142. RESPUESTA COMUNITARIA FRENTE AL VIH/SIDA A TRAVÉS DEL EMPODERAMIENTO ECONÓMICO SOCIAL. Z. Nsubuga y otros (Uganda).
- 264/34102. ATENCIÓN DOMICILIARIA DE BASE COMUNITARIA Y EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES. S. Weinreich y otros (Zambia).
- 407/23220: “PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA ENTRE USUARIOS DE OPIÁCEOS EN KLAIPEDA”. A. Slatvickis (Lituania).

### ***Ejemplos negativos de los cuales aprender***

En este aspecto se pueden señalar:

- La política de Estados Unidos de “cero tolerancia” con respecto al uso de drogas inyectables es un aspecto negativo que impide la aplicación de programas de reducción de daño.
- La ejecución de pruebas de tamizaje compulsivas cualquiera que sea la justificación.
- Las pruebas terapéuticas con placebo en los estudios de prevención de la transmisión madre-hijo.
- La exclusión o prohibición de participación de personas de cualquier edad y condición en los programas y la respuesta nacional frente al SIDA.
- El silencio o bloqueo de información sobre el VIH/SIDA.

### **Vacíos existentes**

#### ***Problemas no tocados***

Es difícil ubicar temas no tratados en la Conferencia por la variedad y amplitud que tuvo. Sí se pueden decir aquello que lo fueron en menor medida:

- Experiencias de participación de la prensa.
- Falta de exposición o proyección de videos, que hay en una gran riqueza.
- Ausencia de presentación de programas relativos al uso del cine en la movilización comunitaria y la educación. Falta de proyección de películas en el programa cultural, si bien existen muchas y muy importantes.
- VIH/SIDA en población aborígen.

#### ***Principales conclusiones útiles para los tomadores de decisión dentro del sector salud***

En este ítem, las principales conclusiones útiles según los vacíos existentes en el área salud serían:

- La necesidad de eliminar todos los tamizajes compulsivos y de mejorar los sistemas de asesoramiento pre y post prueba.
- La minimización de los estudios de prueba de medicamentos con placebo y la incorporación de personas viviendo con SIDA en los grupos de análisis ético y seguimiento de estos estudios e investigaciones.
- La creación de comités de ética respecto a la prevención y atención del VIH/SIDA.
- La promoción de la participación de ONGs y grupos organizados de personas viviendo con SIDA en todos los diseños y puesta en marcha de programas.
- La elaboración de los programas de salud con la participación de ONGs, sociedades científicas y personas viviendo con SIDA.
- La promoción de la difusión sistemática sobre adelantos, novedades, éxitos y fracasos en actividades y programas de SIDA en los medios de comunicación masivos.
- La organización de programas y campañas de prevención masivas y focalizadas a grupos especiales.

### ***Principales conclusiones útiles para los tomadores de decisión fuera del sector salud***

Por fuera del sector salud, la conveniencia de:

- Diseñar programas de capacitación/concientización para el personal policial y de la justicia incluyendo las cárceles, sobre derechos humanos y VIH/SIDA, incorporando a ONGs y personas viviendo con SIDA como instructores.
- Promover campañas y actividades con el sector educación y productivo de información/concientización sobre prevención y derechos humanos/VIH-SIDA.
- Desarrollar programas con las empresas productoras de bienes para la no discriminación laboral de las personas infectadas y la conservación del empleo.
- Promover programas sociales de contención y apoyo de las personas infectadas/enfermas y de sus familiares, amigos y vecinos.
- Propiciar leyes que garanticen los derechos relacionados con el VIH/SIDA.
- Capacitar y concientizar a periodistas sobre el VIH/SIDA y estimular la difusión de noticias al respecto.
- Promover la participación de personas de la cultura en las actividades de prevención e informativas sobre VIH/SIDA.
- Promover la creación de carreras profesionales y técnicas específicas para satisfacer la necesidad de las distintas acciones frente al VIH/SIDA.

### **Conclusiones y recomendaciones**

Frente a una conferencia con tantas actividades y de tal variedad, es muy difícil poder sintetizar las principales conclusiones. Sin embargo, en el campo de la participación comunitaria surgen algunas básicas como:

- Estas Conferencias son en sí mismas un evento muy importante de participación comunitaria que ahora, con la comunicación electrónica, se perfecciona y potencia al permitir que miles de personas desde los lugares más alejados conozcan y participen de lo que allí se discute y considera.
- El principio de Ginebra en que se basó la organización de la Conferencia permitió la organización de la Conferencia concretando la participación comunitaria a la par de la científica. Esto garantizó una riqueza de resultados que son un modelo para otras conferencias, reuniones u otras actividades internacionales, regionales y/o nacionales.
- La integración en todas las mesas, simposios o paneles de expresiones científicas y comunitarias que enriquecieron a unos y a otros, permitieron ampliar diálogos y mostrar como estos son posibles, además de ventajosos, este es otro aporte de Ginebra 98 que cabe señalar.
- La exposición cultural que para todos los participantes fue convivir y comunicarse con una diversidad cultural tan vasta durante casi 7 días, es algo difícil de cuantificar pero muy valioso por lo que implica en el mediano y largo plazo.
- Acorde con esto surge como conclusión central que en SIDA toda intervención o respuesta no puede marginar ni ignorar a las personas viviendo con el VIH/SIDA, a las organizaciones o grupos comunitarios que trabajan en SIDA y a los profesionales, técnicos y científicos. Las respuestas nacionales unilaterales no solo no son efectivas, sino que son contraproducentes.

- La decisión política es clave para lograr respuestas exitosas, pero ella se nutre y basa en una adecuada participación comunitaria.

- Las respuestas exitosas son las respuestas políticas que cuentan con apoyo de la comunidad y que permiten a todos los interesados participar. En SIDA las respuestas excluyentes de grupos o personas mostraron no ser efectivas.

- Los problemas que plantea el SIDA necesitan movilizar recursos económicos, pero esto no se logra si no se moviliza primero a la gente.

- El silencio en SIDA es tan negativo como la no acción. El tiempo es un recurso que se debe manejar si se desean evitar sufrimientos y muertes innecesarias.

- Las empresas privadas pueden acompañar los programas preventivos si reconocen que la principal ganancia es acompañar a los intereses del conjunto

Como recomendaciones podemos plantear:

- Promover y difundir estudios de costo-beneficio en prevención, tratamiento y cuidado, especialmente en la prevención de la transmisión madre-hijo, asegurando la participación de mujeres viviendo con VIH y otras en el diseño, puesta en marcha y evaluación de estos estudios.

- Evaluar el impacto en la disminución de la incidencia y otros indicadores de los programas de reducción de daños en países en desarrollo.

- Desarrollar modelos de respuesta integrada por gobiernos, ONGs, empresas privadas y otros en la acción/programa nacional del SIDA

- Desarrollar modelos de financiación y puesta en marcha de programas de acceso a tratamiento con la cooperación del sector privado y la comunidad internacional.

- Elaborar modelos de atención/cuidado de personas enfermas en la comunidad y a bajo costo que permitan mejorar la cobertura de personas atendidas y que aseguren la participación de las familias y otros grupos comunitarios.

- Investigar nuevos modelos de administración y organización de servicios para reducción de daños para usuarios de droga, con la incorporación de usuarios y ex usuarios como proveedores y colaboradores.

- Generar y apoyar modelos de capacitación de pares para prevención dirigida a grupos específicos o en general, desarrollados por ONGs, personas viviendo con SIDA y grupos comunitarios.

- Educar y concientizar a los jóvenes y a los adultos sobre las ETS y mejorar el alcance y cobertura de los programas de prevención y atención, garantizando la provisión de medicamentos.

- Revisar los programas de atención de personas infectadas/enfermas en cárceles y garantizarles el cuidado y provisión de drogas, así como medidas de prevención, como distribución de condones, intercambio de agujas y provisión de drogas controladas, entre otras.

- Revisar y adecuar la legislación y las normas nacionales e internacionales para eliminar todas las impedimentos al desarrollo de programas preventivos/curativos.

Ante la diversidad y riqueza de experiencias surgidas en la Conferencia de Ginebra 98, sería conveniente las agencias de Naciones Unidas, donantes y los gobiernos financien proyectos innovativos que impliquen la participación comunitaria, hasta ahora desarrollados en pequeña escala para poder contar en la Conferencia de Durban con conocimientos evaluados de esas experiencias y si sus resultados continúan siendo positivos al pasar a una escala mayor.



## EL PAPEL DE LA MOVILIZACIÓN COMUNITARIA EN EL ACCESO A ANTI-RETROVIRALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Jorge R. Huerdo Siqueiros\**

*Vivir con VIH o SIDA nos conduce, en la mayoría de los casos, a tomar conciencia de lo que significa verdaderamente la noción de calidad de vida. Quienes vivimos con VIH/SIDA descubrimos abruptamente la frontera que nos separará por largo tiempo del mundo de las personas sanas y de la calidad de vida ajena. Aprendemos lo que es la exclusión, la discriminación social, el prejuicio moral, la indiferencia y los numerosos disfraces del rechazo. Descubrimos paralelamente la necesidad de actualizar todo el tiempo nuestra información acerca del padecimiento, sabiendo que de los avances de la ciencia y de la voluntad política de nuestros gobiernos depende nuestra calidad de vida.*

### Introducción

En el verano de 1998 coincidieron dos acontecimientos de corte mundial, aunque no tuvieron la misma difusión y resonancia social. Uno fue el Campeonato Mundial de Fútbol en Francia y el otro la doceava versión de la Conferencia Internacional sobre SIDA en Ginebra, Suiza.

¿Cuántas veces se proyectó en todo el orbe el partido Argentina-Inglaterra? ¿Cuántos mensajes e información se transmitieron o publicaron sobre la Conferencia en Ginebra? Por supuesto que no había que dar gran difusión a noticias como que el gobierno brasileño invierte 400 millones de dólares para la atención integral de 60 mil brasileños que viven con VIH/SIDA. (1)

Desde la Conferencia de Vancouver a la fecha se han presentado 10 millones de casos nuevos entre jóvenes, de los cuales el 90% se ubica en países en desarrollo. Hace dos años el promedio registrado era de 7,500 infecciones diarias en el mundo; en la actualidad es de 16 mil. En 1997 el avance de la epidemia se tradujo en una cifra de 5.8 millones de nuevas infecciones y en 2.3 millones de personas fallecidas a consecuencia del SIDA. (2)

De acuerdo con las estadísticas, para finales de 1997 los países en desarrollo concentraron el 90% de las personas que viven con VIH, que representaron 1 de cada 100 adultos sexualmente activos entre los 15 y 49 años de edad. Para 1998 se calcula que América Latina aportará 1.3 millones de personas que viven con VIH y el Caribe 310 mil. Lo más preocupante es que la mayoría de las personas no saben que son portadoras del VIH y muchas, incluso, que ya han desarrollado el SIDA. (3)

\* Presidente POSITIVOS. Representante Alterno para América Latina, Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+). México, DF.

El doctor Peter Piot señaló durante la Conferencia: “Han sido dos años de progresos, pero también fueron dos años en los cuales hemos visto que la brecha se ha ampliado. El abismo más grande actualmente en el SIDA es la brecha entre lo que sabemos que hoy podemos hacer y lo que realmente hacemos. Dejemos de esperar [...] una estrategia perfecta que nos asegure el acceso universal a las drogas en el futuro. Mejor dejemos hacer lo que podamos hacer para proveer el acceso a la atención hoy, aun cuando nos comprometamos a hacerlo mejor mañana. Dejemos de esperar [...] socios perfectos que se unan a nosotros. Mejor, comprometámonos a encontrarlos y unirnos a ellos. Dado que trabajamos desde un compromiso común de proteger y promover los derechos humanos de todas las personas, no puede haber discriminación para ser miembro de nuestro movimiento mundial contra el SIDA. Por supuesto, habrá diferencias en los puntos de vista, a veces podrán ser profundas, pero comprometámonos unos con otros a no permitir que esas diferencias nos conduzcan a bajar nuestra reacción. Mejor busquemos el punto común sobre el cual nuestro movimiento pueda construir relaciones estratégicas con organizaciones religiosas, organizaciones no gubernamentales, grupos de derechos humanos y corporaciones que son esenciales si queremos contener esta epidemia. Finalmente dejemos de esperar [...] que las decisiones políticas difíciles se conviertan en decisiones políticas fáciles, porque no lo harán. La complacencia está ganando terreno. Pero nosotros también. Tenemos las herramientas, ahora debemos construir la política que permitirá usarlas.” (4)

### Dando un vistazo a dos años atrás

La Conferencia de Vancouver, Canadá, de 1996 marcó la diferencia en esta lucha: pasó de ser una sentencia exterminadora a un padecimiento controlable cuando los medicamentos se administran con regularidad, sin interrupciones y con un seguimiento profesional responsable, dando posibilidades a los afectados de una mayor y mejor calidad en sus vidas. Sin ser la panacea, sí se demostró que los esquemas de tratamiento anti-retroviral combinados, incluyendo los potentes inhibidores de la proteasa, podían disminuir la replicación del virus a niveles muy por debajo de niveles detectables. El uso del llamado coctel anti-retroviral ha indicado en numerosos reportes la recuperación asombrosa de las personas que viven con VIH/SIDA, y en muchos casos a las pocas semanas de tratamiento, lo que bien ha sido llamado *el síndrome de Lázaro*. Hoy sabemos que la estrategia terapéutica más reconocida al respecto es un régimen de dos nucleótidos análogos más un inhibidor de la proteasa, o alternativamente, uno de dos nucleótidos más un inhibidor de la transcriptasa reversa no nucleótido.

### Suiza, anfitrión de cerca de 13 mil actores en el trabajo en SIDA

A pesar del éxito terapéutico de los nuevos fármacos, que en ocasiones pueden lograr en la persona niveles indefectibles del virus en la sangre, las nuevas evidencias científicas indicaron que el VIH permanece latente en algunas células inmunológicas, que se conocen como compartimentos virales o reservorios, lo que significa la imposibilidad por el momento de erradicar al cien por ciento el virus del organismo. Los esfuerzos científicos en este campo apuntan ahora a esos reservorios, incluso se habló de grandes posibilidades de que una vez restaurado el sistema de defensas, gracias a los nuevos fármacos, sea el propio organismo de los individuos quien logre controlarlos.

Muchos países (principalmente desarrollados) reportaron importantes descensos de la mortalidad por SIDA gracias a los cocteles anti-retrovirales. Sin embargo, también

se reportaron fallas considerables a consecuencia principalmente del uso incorrecto de los medicamentos, y por lo consiguiente el desarrollo de resistencias virales a los mismos. Para las personas con VIH/SIDA, el apego a los tratamientos es nuestro talón de Aquiles. El fracaso de las terapias anti-VIH se debe primordialmente a su estricta y complicada administración. Debemos ingerir en promedio entre 20 y 30 pastillas al día, por lo que muchas personas fallan en tomar apropiadamente su coctel, o debido a los terribles efectos colaterales de los fármacos muchos de ellos abandonan las terapias, lo que provoca serios problemas de resistencia viral y acrecienta las posibilidades de que el virus se haga resistente a los tratamientos y acabe con su eficacia. Dejar pasar algunas dosis permite al virus mutar en formas que son resistentes a los anti-retrovirales. También se reportaron casos de transmisión de una nueva cepa del VIH resistente a los fármacos disponibles en la actualidad, lo que puede representar que ser infectado hoy equivalga a los primeros años de la pandemia, motivo que refuerza aún más la premisa de que las políticas de salud deben redoblar esfuerzos en materia de prevención, y en el caso de las personas bajo tratamiento anti-retroviral, o que lo iniciarán en un futuro, deben habilitarse programas educativos y de información, como una prioridad, sobre la importancia de cumplir al pie de la letra las prescripciones médicas.

### La otra cara de Ginebra

Desde el comienzo de la pandemia, a principios de los años ochenta, el acceso a las pocas drogas anti-VIH disponibles ha sido una preocupación central para las personas con VIH/SIDA. La lucha por el acceso temprano a la AZT (zidovudina/retrovir) y a otras drogas para luchar contra las infecciones oportunistas movilizó a miles de personas. Como resultado de esa lucha se crearon muchos programas para acelerar la disponibilidad de estos fármacos. La mayoría de estos programas, sin embargo, han y siguen estando restringidos al pequeño porcentaje de la población global con SIDA en el mundo. Para alrededor del 90% de las personas que viven con VIH/SIDA en el orbe no sólo el acceso temprano a los anti-retrovirales es algo irreal, sino incluso los medicamentos que hace años están en el mercado, sobre todo aquellos que han demostrado ser extremadamente eficaces para prevenir las infecciones oportunistas (profilácticos), están completamente fuera de su alcance, principalmente en los países en desarrollo.

Vivir con VIH o SIDA tiene una estrecha relación con la geografía. Los tratamientos que parecen ser buenos y efectivos en los países “ricos” —los llamados del norte—, parecen no ser tan buenos y efectivos en los países “pobres” —llamados del sur—, simplemente porque no pueden obtenerse. La mayoría de las personas con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe, viven como en los primeros años de la epidemia, enfrentando economías sacudidas, una salud pública quebrantada o inexistente, en un contexto de hambre, pobreza y violencia. Pues para el llamado sur los distintos estándares de tratamiento y cuidado son únicamente espejismos post Vancouver.

En América Latina y el Caribe los principales obstáculos al acceso a estos esquemas de atención son la inestabilidad bursátil internacional, las agendas ocultas de autoridades y legisladores, quienes muchas veces anteponen intereses político-económicos al bienestar y la salud pública de la población, y, sin lugar a dudas, las embestidas constantes de los grupos conservadores, quienes concentran su beligerancia en la descalificación sistemática del condón y de las campañas preventivas y censuran que se “gaste con exceso” para atender sectores que, a su juicio, tienen en la enfermedad su justo y merecido castigo por conductas reprobables. Estos grupos y actores se proponen acentuar la marginación y desprotección de los enfermos, bajo el supuesto de que la abstinencia y la

monogamia de las parejas unidas ante Dios constituyen la única protección real contra el SIDA, y que el Estado sólo debe proteger a quienes observan esta regla y nunca a sus infractores. De acuerdo con esta lógica conservadora, promover el uso del condón o el acceso a tratamientos anti-VIH significa legitimar las conductas impropias, aceptar la existencia del “pecado” y destinar recursos públicos a la atención de enfermos culpables de su propia suerte; es hacerle pagar al contribuyente los costos de la disipación moral.

Aún hay autoridades y tomadores de decisión de salud pública en los países de la región que dudan de que esta epidemia represente uno de los mayores problemas de salud. Si bien es cierto que el SIDA compite con otras enfermedades, no se justifica que no sea visto como una emergencia y, por lo tanto, se subestime como un problema que verdaderamente afecta a las personas en la etapa de su vida más productiva.

Todavía presenciamos la terrible indiferencia de muchas de nuestras autoridades, el silencio y la apatía que se quebrantan con lentitud exasperante. El olvido es simbólico y demostrativo. Bastaría reconocer la gravedad de la epidemia desde las tribunas políticas más altas de nuestros países para iniciar una nueva acción contra la intolerancia y los prejuicios que hemos soportado como otra carga de la pandemia, que no es la más leve. El desdén oficial legitima el prejuicio público. En no pocas ocasiones las autoridades han contribuido a reforzar los prejuicios sociales que ordenan la muerte civil de la gente portadora del VIH. Frente a la epidemia letal muchos de los gobiernos de la región han optado por abandonar a “minorías” marcadas por la fatalidad: gente infectada por el sexo promiscuo o por sangre contaminada y cuyo destino será la muerte. Los verdaderos culpables, la gente sexualmente promiscua y los drogadictos pagarían con su muerte el precio de sus propios actos.

A continuación se presentan diversas entrevistas realizadas a activistas de la región; cabe destacar que lo mucho o poco que se ha conseguido para el acceso a los esquemas anti-retrovirales en América Latina y el Caribe se debe a la presión y a las movilizaciones sociales, lo que en algunos países ha dado como resultado: que en Brasil un decreto presidencial ordenara dar los anti-retrovirales a todas las personas con VIH/SIDA; en Argentina el Poder Legislativo decidiera definir un presupuesto especial para dar los tratamientos; en Costa Rica la vía para lograrlo fuera el Poder Judicial, el que tras una demanda de los afectados ordenó al gobierno otorgarlos. En estos países ya se están proporcionando los esquemas completos de tratamientos anti-VIH a pesar de que también han sido afectados por la inestabilidad económica mundial.

## Argentina (5)

Actualmente son 10 mil casos acumulados de SIDA los reportados oficialmente, de los cuales aproximadamente un tercio son los porcentajes oficiales que se manejan de subregistro y retraso en la notificación. Asimismo, se estiman alrededor de 100 mil personas con VIH/SIDA.

El sistema de salud de Argentina opera bajo tres servicios distintos: 1) el *privado o pre-pagado*, con una cuota mensual que después de un año de antigüedad obliga por ley nacional a cubrir el 100% del tratamiento por VIH, que incluye los anti-retrovirales en todas sus combinaciones. 2) El *social o sindical*, en el que a todos los trabajadores legales se les descuenta un 3% de su salario, más un 7% al empleador. Este dinero se destina a las obras sociales de los sindicatos o profesiones. Así, todos los empleados tienen un servicio de salud que está obligado por ley a cubrir el 100% de los anti-retrovirales, análisis, medicamentos profilácticos y, en general, todo aquello que la persona VIH+ necesite, sin ningún tipo de cargo extra para el afiliado. El Estado subsidia una parte por cada persona VIH+ en

tratamiento. 3) *el sistema de salud pública u hospitales*, que cubre a las personas sin servicio privado o seguridad social y sin recursos económicos y por ley debe entregar los tratamientos anti-retrovirales a través del Programa Nacional de SIDA.

En Argentina, donde existen directrices nacionales sobre tratamiento y atención actualizadas, toda persona que vive con VIH tiene acceso a través de los tres tipos de salud a la atención médica y sus tratamientos respectivos, incluidas las combinaciones triples a base de inhibidores de la proteasa, sin tener que desembolsar más dinero de su bolsillo.

En los servicios social y privado se pueden conseguir combinaciones hasta de cuatro o más anti-retrovirales e, incluso, se importan medicamentos antes de su aprobación, cuando es imprescindible para garantizar el bienestar de la persona. En las pruebas de laboratorio hay pleno acceso al conteo CD4, pero existen dificultades con la carga viral para aquellas personas que dependen de los servicios públicos y hospitalarios, debido a la cantidad de trámites y demoras o por la falta de reactivos.

Aunque en las principales ciudades del país existen numerosos médicos especializados en VIH/SIDA, en todos los servicios privados, sociales y en especial públicos, la atención médica baja en calidad y cantidad en los centros con mayor demanda y en las provincias o poblaciones alejados de las grandes urbes. Tanto el sistema social como el privado incluyen servicios sociales de asesoría, información y atención psicológica; en algunos centros públicos los servicios sociales son bastante aceptables (especialmente en las ciudades importantes), pero en otros la atención es mala y despersonalizada.

Por ahora se puede decir que no existe ningún problema serio, aunque hace algún tiempo las autoridades arguyeron problemas de suministro, falta de recursos o presupuestos, aunque nunca reconocieron estos desabastos. Actualmente la principal dificultad a la que se enfrentan las personas que viven con VIH/SIDA es asegurar que todas cuenten con su tratamiento, que tengan las cargas virales mínimas y necesarias. Asimismo, es indispensable vigilar la continuidad del suministro y acelerar la aprobación de nuevos medicamentos por parte de la administración nacional de medicamentos, difundir las leyes y los derechos de las personas con VIH/SIDA que viven fuera de las grandes ciudades y capacitar a más trabajadores de la salud, así como a los mismos afectados.

Entre los logros más importantes que han alcanzado los argentinos que viven con VIH está el establecimiento de leyes nacionales que obligan a todos los servicios de salud a cubrir al cien por ciento la atención del VIH/SIDA, el aseguramiento del suministro de medicamentos y los recursos de amparo en la Corte sobre tratamientos y/o discriminación.

Es importante considerar la concientización de la opinión pública a través de los medios de que el problema del VIH/SIDA y su adecuado tratamiento es un problema de todos. En Buenos Aires, durante 1998 la GNP+ región América Latina ha difundido el programa *El SIDA en los medios*, con el propósito de promover un mayor involucramiento de los medios de comunicación social y fortalecer el compromiso de la prensa con el tema, desarrollar intervenciones de capacitación para periodistas, favorecer jornadas y talleres de concientización y actualización y proporcionar apoyo técnico especializado.

La respuesta social organizada frente al VIH/SIDA en Argentina se refleja en los cientos de grupos que, aunque surgen y se disuelven constantemente, han mantenido un trabajo continuo. Hoy en día existen alrededor de diez organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA que, una vez por año, realizan un encuentro nacional. Es necesario mejorar la capacidad técnica de las personas con VIH/SIDA dispuestas a trabajar en el tema y ampliar la difusión de la información al interior del país, a la clase trabajadora y a las mujeres. Los factores que frenan estos avances son la falta de visión, los problemas políticos, las agendas personales, la falta de recursos técnicos y económicos, entre otros.

*“Lo poco o mucho que se ha conseguido ha sido en respuesta a nuestro activismo y en ello radica la clave de nuestro futuro. Como lo ha dicho repetidamente un grupo de compañeras argentinas, las Madres de la Plaza de Mayo: ‘La única lucha que se pierde es aquella que se abandona’”.* (6)

## Brasil (7)

Actualmente, en Brasil existen más de 600 respuestas de base comunitaria en la lucha contra el SIDA, entre organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA, ONGs, grupos de autoayuda y redes. En 1995, durante uno de los encuentros del Grupo por la Vida (GIV), en Río de Janeiro, nació la Red Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA (RNP+), que tiene como objetivo fundamental promover el fortalecimiento de las personas con VIH/SIDA.

A finales de 1996 como resultado de numerosas acciones de las ONGs con trabajo en SIDA y de las personas con VIH/SIDA, fue promulgada la ley número 9313, que establece el derecho al cuidado médico completo de las personas que viven con VIH o SIDA.

Para mayo de 1998 en la RNP+ participan 800 personas con VIH/SIDA en todo el país, de las cuales alrededor del 40% son mujeres. La RNP+ ya cuenta en su historia con cinco encuentros celebrados en cada una de las regiones del país, en las que se buscó la mayor participación posible de las personas afectadas. Los encuentros tuvieron como objetivo principal fortalecer a las personas con VIH/SIDA mediante una capacitación política y técnica que fomente el surgimiento de nuevos y mejores liderazgos, con el fin de que actúen en sus localidades junto a sus gobiernos y comunidad.

El Ministerio de Salud considera que la información epidemiológica es indispensable para la toma de decisiones. En 1997 había 95 mil casos notificados y se calculaban 60 mil personas con SIDA y entre 344 y 497 mil personas con VIH/SIDA. (8)

GIV y RNP+ señalan que a la fecha se han reportado 130 mil casos acumulados, entre 440 y 450 mil brasileños viven con VIH/SIDA, y se estima un retraso en la notificación de seis meses.

El Programa Nacional de SIDA de Brasil indica que hasta 1991 la transmisión entre homosexuales era la más frecuente, pero a partir de 1992 han habido cambios en los patrones. En 1996 el número de casos corregidos entre homosexuales era de 2,685, y de 2,539 hombres heterosexuales. Esta posible estabilización entre el grupo de homosexuales/bisexuales quizá represente la efectividad de las campañas de prevención dirigidas a este grupo. Entre los hombres mayores de doce años, la categoría de transmisión más elevada corresponde a las relaciones sexuales, con alrededor del 56.69% de los casos; esta cifra se conforma por 35.8% de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, y 21% heterosexuales. Hace diez años la transmisión entre hombres que tenían sexo con otros hombres ocurría en el 60% de los casos y sólo el 1% entre heterosexuales. Actualmente, la transmisión por sangre ocurre en el 24.6% de los casos, de los cuales el 21.5% corresponde a usuarios de drogas intravenosas.

En cuanto a la población femenina, en el 57.5% de los casos entre mujeres mayores de doce años fue transmitido por relaciones sexuales heterosexuales, el 19.3% por uso de drogas intravenosas, el 6% por transfusiones de sangre y el 23.3% se registró como desconocido. Hace una década los usuarios de drogas sólo representaban el 4% del total de casos de SIDA, en tanto que en los últimos años ha ascendido hasta ubicarse aproximadamente en un 20%. (9)

Brasil cuenta con un sistema único de salud, en el que actualmente todas las personas con VIH/SIDA tienen acceso a una atención integral gratuita. En la actualidad, las grandes ciudades de Brasil proporcionan prácticamente sin problemas los tratamientos

anti-retrovirales que integran prácticamente todos los comercialmente conocidos, aunque el acceso a nuevos remedios presenta en ocasiones dificultades. También se proporcionan medicamentos profilácticos y todas las pruebas de laboratorio, incluidas CD4 y carga viral. Sin embargo, aún existen problemas de acceso en algunas de las regiones del país, como en el nordeste y el norte del Amazonas, debido a un proceso lento de implementación del sistema en algunos de los municipios, donde las autoridades argumentan que hay necesidades también con otros enfermos, como los de cáncer, cardiovasculares y renales.

La atención médica especializada sí se proporciona, pero se da una batalla constante para que los trabajadores de la salud actualicen sus conocimientos y estén mejor entrenados.

La RNP+ comienza a tener eco en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA. Actualmente participa con el Programa Nacional de ETS/SIDA en la elaboración del proyecto SIDA II del Ministerio de Salud y el Banco Mundial. La organización tiene el propósito de iniciar un proyecto de *desvictimización*, pues se requiere de visibilidad para trabajar como agentes transformadores y formadores de opinión, a fin de combatir la discriminación que todavía existe en el país, como sucede para acceder a las fuentes de trabajo, por ejemplo en las fuerzas armadas y empresas privadas. La RNP+ ha sumado esfuerzos con el gobierno y las ONGs. Sin embargo, se necesitan fiscalizar las acciones que afectan directamente a las personas que viven con VIH/SIDA.

*“No basta con estar bien informados solamente, es necesario interiorizar mucho más en las cuestiones de SIDA y hacer uso de nuestros derechos. Somos ciudadanos con derechos y deberes. Las terapias anti-VIH han avanzado mucho y no podemos permitir que haya discontinuidad en la distribución de los fármacos, tan necesarios para nuestras vidas. En un mundo en donde el virus del VIH vive dentro de 30 millones de personas y en un país donde un millón de personas ya fueron infectadas, nuestra voz tiene que ser escuchada y nuestra participación tiene que ser masiva.”* (10)

## Costa Rica (11)

Se estima que viven aproximadamente 20 mil personas con VIH/SIDA; el número de casos acumulados (reportados oficialmente) es de 1,370, de los cuales la mayoría se ubica dentro de la población de hombres que tienen sexo con otros hombres. De acuerdo con la Asociación Costarricense de Personas Viviendo con VIH/SIDA, la proporción es de seis varones por cada mujer.

En este país centroamericano al sistema de salud, creado por decreto constitucional, se le conoce como La Caja Costarricense de Seguro Social. Con una cobertura universal, el derecho a la salud beneficia por igual a todos los costarricenses. Sin embargo, en la práctica sólo atiende al 90% o 95% de las personas que pagan cuotas: el trabajador aporta el 8% y el empleador el 22% sobre el salario, con lo cual también su familia queda cubierta. Quien está desempleado y solicita al Estado el Seguro Social, se le proporciona por obligatoriedad constitucional. Todos los costarricenses reciben sin excepción alguna la misma atención médica que, aunque es bastante aceptable, se concentra básicamente en la ciudad de San José, la capital del país.

A la fecha el logro más importante ha sido el recurso de amparo con el cual se ganó el acceso a los anti-retrovirales en 1997, y hoy los costarricenses con VIH/SIDA cuentan con sus tratamientos. De acuerdo con el último reporte del Seguro Social, 355 personas se encuentran en este momento bajo triterapia y se estima que 150 más entrarán al esquema en el transcurso de este año y otras 100 para 1999. Pese a esto, en Costa Rica no

se proporcionan anti-retrovirales a todas las personas que los necesitan, ya que, aunque el número de tratamientos se ha ampliado a 355, de los 300 que se estimaron originalmente, éstos se destinan únicamente a aquellos que tienen 350 CD4, o menos, o que presentan alguna enfermedad oportunista ya visible.

En las zonas rurales de Costa Rica la situación se agrava debido a la escasa y mala comunicación, aunada a un problema de hacinamiento, derivado de la división del país en zonas de atracción que dependen directamente de tres hospitales centrales considerados de clase A. Éstos se ubican en la capital y en ellos se atiende a alrededor del 80% de los costarricenses con VIH/SIDA, quienes reciben atención médica integral, con médicos especializados, medicamentos profilácticos, conteo CD4, carga viral y la triterapia que se basa en un esquema de AZT, 3TC e Indinavir. Recientemente se comienzan a proporcionar otros medicamentos, como Ritonavir y D4T, para las personas que han desarrollado resistencias al esquema original. Pero, en la realidad, no se cuenta con toda la variedad de anti-retrovirales que actualmente están disponibles comercialmente.

Debido a que en su mayoría se trata de personas con un nivel socioeconómico y cultural desfavorecido, los costarricenses con VIH/SIDA enfrentan un serio problema de dependencia, que los ha acostumbrado a recibir todo el tiempo la ayuda comunitaria. Además, el problema está ligado a otras situaciones más graves, como una deficiente alimentación y una desinformación que a veces es casi absoluta. La información que llega a Costa Rica es aprovechada únicamente por un grupo muy reducido de personas que realmente tienen interés por actualizar sus conocimientos en materia de VIH/SIDA.

Desde el 20 de mayo de 1998, Costa Rica cuenta con la ley número 7771, la Ley General sobre VIH/SIDA, que tiene como objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el VIH/SIDA. La ley aborda también los derechos humanos como elemento fundamental, ya que prohíbe la discriminación de cualquier tipo y asegura el trabajo para las personas portadoras del VIH/SIDA, además de que fundamenta el derecho a la información exacta, clara, veraz y científica, así como una atención integral y el derecho a la confidencialidad.

El artículo séptimo, por ejemplo, afirma que la Caja Costarricense de Seguro Social deberá *“importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a las personas afectadas los medicamentos anti-retrovirales específicos para el tratamiento de su enfermedad”*. La ley considera también la importancia de la educación y la necesidad de capacitación de los trabajadores de la salud, así como el establecimiento de un régimen penitenciario que sancionará a aquellos que se nieguen a brindar atención o la proporcionen de manera deficiente.

Sin duda, esta ley es un importante avance, sin embargo, es necesario crear conciencia en toda la sociedad y entre las personas con VIH/SIDA para que denuncien los actos violatorios o discriminatorios de que, aun ahora, son víctimas las personas afectadas. No existe todavía la conciencia de que hay que luchar mucho más, de que en realidad no hay nada ganado, que el trabajo por nuestro bienestar es constante y diario. (12)

Es necesario trabajar con todas las personas, ya que existen alrededor de 20 mil personas infectadas, y muchas de ellas ni siquiera lo saben, y si sospechan que son portadores no se acercan a realizar la prueba de detección por miedo, lo cual es un camino peligroso para que aumente el número de casos de VIH en Costa Rica. Educar a las personas es ofrecerles el mayor número de “llaves” que puedan utilizar para sentirse seguras de sí mismas y poder trabajar en cuanto a su autoestima y empoderamiento para erradicar la discriminación en hospitales, o los despidos laborales que todavía se dan sobre todo en el interior del país. Para lograrlo es necesario sembrar en la gente este sentimiento de derecho y que lo haga valer. (13)

## Chile (14)

Se habla de 3,500 casos y se estima que entre 20 y 30 mil personas viven con el virus. El mayor número de casos se ubica en la población de hombres que tienen sexo con hombres, aunque en los últimos tiempos ha proliferado el número de casos en mujeres debido al aumento en el uso de drogas intravenosas.

En Chile existen dos sistemas de salud: 1) el público, que se organiza a través de 18 Servicios de Salud Provinciales autónomos, y un Ministerio de Salud, que asigna presupuesto y lineamientos de acción y prioridades, y 2) el Sistema Privado de Salud, que está conformado por los Institutos de Salud Preventiva (ISAPRES). En relación con el SIDA, existe una oficina gubernamental llamada Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA).

El Sistema Privado de Salud no otorga tratamientos anti-retrovirales, por tal motivo muchas personas con VIH/SIDA se han cambiado al sistema público que, a pesar de todas sus limitaciones, proporciona actualmente alrededor de 650 tratamientos basados en el AZT y 3TC, con algunas variantes como DDI o D4T. Sin embargo, otros aspectos de la asistencia médica presentan panoramas un poco más alentadores, como la realización del conteo de CD4. En relación con los medicamentos profilácticos, existe la intención de cumplir con el abasto en muchos hospitales donde se atiende el VIH, pero sus presupuestos son limitados, como es el caso del Hospital San José, donde están internadas más de 15 personas que están en peligro de perder la vista por no tener acceso al Ganciclovir, o personas con herpes a las que no se les proporciona Aciclovir y la alternativa es una sola pastilla de 800 mg.

Hasta 1998 los hospitales en Chile se manejaron con un presupuesto determinado que fue sobrepasado rápidamente debido a que en el sistema privado no se proporcionan terapias especializadas a las personas con VIH/SIDA y, aunque en el sistema público el servicio es limitado, existe la esperanza de quedar en lista de espera y acceder, por lo menos, a una biterapia. Por tal motivo existe una sobrepoblación y no han habido mecanismos concretos ni eficaces para adaptar el presupuesto a las necesidades actuales.

Chile podría ser el primer país latinoamericano en ofrecer terapias óptimas y una atención médica de calidad, ya que los problemas de salud son meramente estructurales. Lamentablemente, existe un interés evidente por parte de las autoridades sanitarias de debilitarlo con la finalidad de privatizar lo más posible. Aparentemente, el problema verdadero no es de recursos sino que se trata de un asunto de voluntad política para aprobar leyes y asumir medidas que posibiliten el acceso a las terapias y a la atención con calidad, básicamente en dos áreas: la presupuestal y de los derechos civiles. Para ello existen proyectos de ley muy interesantes, pero éstos han estado paralizados en el Parlamento durante años.

Actualmente existen alrededor de once grupos de personas con VIH/SIDA, formados básicamente en los hospitales. En Santiago hay seis servicios de salud, cada uno con un hospital principal. En cada uno de ellos existen por lo menos cuatro agrupaciones. También se han integrado equipos de trabajo en ciudades como Valparaíso, Viña del Mar, Rancagua, Antofagasta y Talca. De la misma manera, existen grupos de autoapoyo más autónomos que han crecido al amparo de una ONG, como es el caso del Centro de Apoyo a la Persona Viviendo con VIH, y todos ellos forman la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA (COORNAVIIH).

Actualmente hay dos representantes de las personas seropositivas ante el Grupo Temático de ONUSIDA; este logro fue un proceso lento y difícil. También han conseguido sensibilizar muchas áreas de la ciudadanía y del sector público. Se han conquistado también espacios entre la sociedad médica, ya que en un principio no eran tomados en cuenta y sus opiniones o sugerencias no tenían ningún valor. Es hasta ahora que la COORNAVIIH

puede hablar con un lenguaje bastante horizontal en relación con tratamientos y procesos de colaboración. Es importante destacar el trabajo de cabildeo que ha realizado COORNAVIIH, lo que se traduce en que algunos políticos ofrezcan su apoyo y desarrollen un trabajo conjunto para expedir una ley de no discriminación a las personas con VIH/SIDA. Del mismo modo, se ha realizado un intenso trabajo de sensibilización con los medios de comunicación, principalmente con la prensa, pues desde hace un año ya no aparecen notas discriminatorias o tendenciosas como ocurría antes. Actualmente, para realizar un programa de televisión o de radio sobre el tema se llevan a cabo consultas previas.

“Nos queda claro que el proceso será a mediano y largo plazo, pero tarde o temprano tendrá sus resultados en decisiones políticas.”

### **Bolivia (15)**

Oficialmente se reportan en Bolivia 300 casos de los cuales 168 han desarrollado la enfermedad (las autoridades no realizan estimaciones respecto al número de infectados).

Se conoce un estudio que arroja una prevalencia del cinco mujeres infectadas por cada mil mujeres embarazadas. Se estima también que hay mil personas infectadas en cada una de las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Sin embargo, no existe información oficial sobre el porcentaje de subregistro y retraso en la notificación.

Bolivia cuenta con centros hospitalarios especializados y tiene diferentes niveles de atención médica primaria, pero sólo el 22% de la población tiene algún tipo de seguro de salud. La cobertura en el área rural alcanza apenas el 18% (tasa de utilización de servicios de salud), mientras que en el área urbana asciende al 60%.

Algunos de los factores que obstaculizan una buena atención médica se deben al predominio de estigmas y prejuicios que conllevan a que los trabajadores de la salud maltraten a los bolivianos con VIH/SIDA. Además, la formación del personal de salud es deficiente, lo que se suma a la falta de recursos materiales (infraestructura), el elevado costo de los servicios. Como consecuencia, existe un alto porcentaje de automedicación. Todo lo anterior hace que las personas con VIH/SIDA recurran a tratamientos y remedios naturales.

El Instituto para el Desarrollo Humano de Bolivia (IDH) tiene como objetivos fundamentales disminuir el número de nuevas infecciones por el VIH, sensibilizar a la sociedad para que conviva sin temor con las personas infectadas, mejorar el acceso a una atención digna, confidencial, con respeto en los cuidados profesionales y con derecho a recibir un tratamiento, y estimular la integración de otras instituciones en la lucha contra el SIDA.

Respecto a los medicamentos, los bolivianos que viven con VIH/SIDA sólo obtienen, y con dificultades, tratamientos para la tuberculosis. No hay acceso a los tratamientos anti-retrovirales, y quien los toma los paga de su bolsillo. La justificación de las autoridades es el elevado costo de los fármacos, además de que afirman que el SIDA no es un problema prioritario, etiquetándolo como una enfermedad en la que los únicos afectados son los homosexuales, las trabajadoras sexuales, los usuarios de drogas y los extranjeños. Las personas con VIH/SIDA consiguen los anti-retrovirales a través del mercado negro o por medio de los pilotos de aviones que viajan a Estados Unidos, Brasil o Argentina. Los altos costos obligan a que sólo se puedan comprar por algunos meses, por lo que la dosificación que toman es menor a las recomendaciones internacionales. La atención médica especializada no existe ni en el servicio público ni en el privado, y para la realización de pruebas como CD4 hay solamente un laboratorio, cuyos resultados no son fiables. La carga viral no se realiza en Bolivia.

Las personas con VIH/SIDA viven atemorizadas pues constantemente se violan sus derechos humanos. Por ello un amplio sector de la sociedad conoce muy bien la marginación y la estigmatización por parte del personal de salud.

Se ha logrado sensibilizar a los periodistas, quienes han cambiado su actitud respecto a la enfermedad lo que ha derivado en un mayor respecto al derecho de anonimato y confidencialidad de las personas seropositivas.

También se puede considerar como un logro la emisión de la Resolución Secretarial Número 0660 para la Prevención y la Vigilancia del VIH. El documento fue elaborado por el Ministerio de Desarrollo Humano y la Secretaría Nacional de Salud de Bolivia. El capítulo cuarto de esta resolución, dedicado a la atención integral, está conformado por varios artículos. El número 14, dice: *“Es responsabilidad de la Secretaría Nacional de Salud, a través del Programa Nacional de ETS/SIDA, coordinar las acciones de la atención integral al infectado y enfermo de SIDA.”*

El artículo 15 se refiere a la capacitación al personal involucrado en el SAI. El artículo 16 se refiere al manejo médico de las personas con VIH/SIDA *“...de acuerdo al Manual de Organización, elaborado por el Programa Nacional de ETS/SIDA.”* El artículo 17 señala que ninguna institución pública o privada, o los trabajadores de la salud, podrán negar atención a las personas con VIH/SIDA. Finalmente, el artículo 18 está dedicado a estimular la participación de la comunidad, especialmente de la familia, en el cuidado de la salud de las personas con VIH/SIDA asintomáticas, en la recuperación de los enfermos y en el proceso de bien morir de las personas en estado terminal.

En lo que se refiere a la organización de los bolivianos que viven con VIH/SIDA, a la fecha no ha habido grandes logros, pero aquellos involucrados en la lucha contra el SIDA del país están realizando grandes esfuerzos para conseguirlos.

## Perú (16)

Se reportan oficialmente 7,500 casos acumulados, de los cuales se estima vivos con SIDA al 50%, y tomando en cuenta el subregistro y la subnotificación se calculan entre 10 y 14 mil personas, mientras que el número de portadores del VIH se calcula entre 50 y 70 mil personas. El mayor número de casos (94%) se concentra en la población masculina.

El sistema de salud peruano está dividido en el Sistema de Salud Pública (Ministerio de Salud), que opera una red de hospitales en todo el país, y el Seguro Social (SSP), instancia autónoma que afilia a los trabajadores, en el cual el empleado aporta una parte y el patrón otra. Según estimaciones, sólo un 40% de la población tiene acceso al SSP debido al desempleo y subempleo.

Anteriormente, para obtener el seguro facultativo del SSP era obligatoria la prueba del VIH, lo que, de resultar positiva, provocaba la no admisión. En la actualidad existe una ley que prohíbe la obligatoriedad de la prueba, lo que permite a las personas con VIH/SIDA acceder al SSP.

La política de salud del Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA ofrece solamente en la letra medicamentos para enfermedades oportunistas. Respecto a tratamientos anti-retrovirales, únicamente se proporciona AZT a mujeres embarazadas durante el periodo de embarazo y por un lapso de seis semanas posterior al parto.

El SSP es la única instancia de salud que atiende con anti-retrovirales, pero el acceso a la triterapia solamente se proporciona a 150 personas, elegidas a través de un comité que analiza cada caso de acuerdo con sus indicadores clínicos. Sin embargo es discriminatorio, ya que para un individuo asintomático es mucho más factible acceder al coctel, que para alguien que ya ha desarrollado SIDA.

*“Si tuviste la fortuna de ser elegido, el médico te pide que no fumes, no tomes, no salgas, no vayas a fiestas, etcétera. Incluso, el SSP y los médicos tienen a sus espías dentro del mismo grupo de seropositivos que denuncian a aquellos que no cumplen con esos requisitos de elegibilidad perversa, que viola la libertad del individuo y los principios básicos de respeto a los derechos humanos de cualquiera.”*

Respecto a las pruebas de laboratorio, el conteo CD4 es gratuito en tres hospitales y en una ONG, pero para quien no radica en Lima es deficiente ya que las muestras se pierden constantemente. El SPP ya no proporciona la carga viral pues concluyó ya el convenio con el laboratorio. En Perú no existe, a la fecha, ningún equipo de carga viral. Las muestras se envían a procesar al extranjero, con un costo de alrededor de 300 dólares.

No existe un programa de atención médica multidisciplinario en el cual determinados profesionales de la salud se dediquen exclusivamente a la atención de las personas con VIH/SIDA; hay una rotación constante del personal y por lo tanto rechazos y discriminación. Constantemente se dan casos en los que se niega una cirugía o atender a una mujer que entró a trabajo de parto por el simple hecho de vivir con el virus.

*“La calidad de la atención médica en Perú es deplorable y criminal. Los peruanos en etapas muy avanzadas de la enfermedad no reciben los cuidados paliativos para disminuir el dolor físico, y muchos de ellos mueren a consecuencia de los terribles dolores de cabeza provocados por la meningitis. Otros, simplemente son expulsados de los hospitales, por lo que la gente se refugia en un hospital público donde son recibidos, pero como también se encuentran enfermos de otros padecimientos infecciosos, los seropositivos adquieren cualquier otra enfermedad que antes no tenían.”*

La sociedad civil organizada en Perú empezó con dos grupos de auto-ayuda mutua. Uno de ellos dio origen al Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Seropositivas (PROSA). Actualmente existen cerca de 16 grupos que se han integrado en la Red de Comunicación e Información para Grupos de Ayuda Mutua (GAMS).

En Perú aún se refieren a nosotros como “sidosos” o se habla de una peste homosexual. Existe mucho miedo por parte de los seropositivos a la discriminación y al rechazo y, por supuesto, a enfrentar a una sociedad y a un gobierno que pueden tomar represalias. Si alguna persona seropositiva habla con el responsable del programa nacional, éste dirá que no es cierto, que el país tiene leyes muy modernas, como la 26626, que dice que el Estado tiene la obligación de proporcionar atención integral, pero el reglamento inmediatamente dice que el Estado sólo proporciona ciertos profilácticos para neumonía, tuberculosis y AZT para las madres embarazadas. El anterior coordinador del programa de VIH/SIDA del SSP comentó a PROSA que se habían hecho estimaciones del costo que tendría dar a todos sus afiliados anti-retrovirales. El monto resultante fue de 2,500,000 de dólares, y la respuesta fue que no tenía objeto gastar tanto en medicamentos tan caros cuando de todos modos nos vamos a morir. El discurso trillado del Estado en materia de tratamientos es tajante: *no hay plata, no hay plata, no hay plata.*”

Recientemente PROSA organizó un taller sobre VIH y desarrollo, dirigido a asesores de ministros, tomadores de decisiones y gobiernos locales. Se logró el compromiso de palabra de algunos sectores de incluir programas de VIH/SIDA, pues en agosto se discutirá el presupuesto para 1999. *“Esperamos que esta vez sí se incluya un poco más para programas de asistencia”.*

## Venezuela (17)

Acción Ciudadana contra el SIDA (ACCSI) tiene como misión la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA. Desde ACCSI nace el programa para un mayor invo-

lucramiento de las personas con VIH/SIDA de Venezuela en la búsqueda de soluciones y toma de decisiones para mejorar su calidad de vida, concepto surgido con la Declaración de París de 1994.

El trabajo de involucramiento de las personas con VIH/SIDA conjuntamente con el trabajo en el área de los derechos humanos dio origen a la Coordinación MIPA, de donde han surgido programas como el de asesoría, información actualizada para todas las personas portadoras del virus, sus familiares, parejas y amigos.

Otro de los programas creados por la MIPA es el denominado *Contacto positivo*, que consiste en visitar las diferentes regiones de Venezuela para contactar con las personas que viven con VIH/SIDA, con quienes se llevan a cabo reuniones para conocer más a fondo sus necesidades y problemas. Un año después de creada la Coordinación MIPA, se fundó la *Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+)*. La Red ha procurado tener presencia en diferentes espacios de discusión. Actualmente la RVG+ cuenta con sedes regionales en algunas partes del interior del país como Lara, Aragua, Carabobo, Mérida y Táchira. En esta última, por ejemplo, se ha logrado un trabajo conjunto con ONGs y otros sectores de base comunitaria, que consiguió que la Asamblea Legislativa regional apoyara su trabajo con alrededor de 50 mil dólares.

Los homosexuales y las mujeres son otros de los sectores afectados por el virus que se están organizando enérgicamente. En el caso de la población femenil, se constituyó la Agrupación de Mujeres Activistas Seropositivas (AMAS). Por otro lado, ya se ha logrado que en el Grupo Temático de ONUSIDA participen dos personas que representen las necesidades de los venezolanos que viven con el virus.

Actualmente (marzo de 1998) el número oficial de casos acumulados de VIH/SIDA es de 7,224; el número estimado de personas que viven con el virus y son asintomáticas es de aproximadamente 85 mil, mientras que las que ya han desarrollado SIDA suman 7,024. Recientemente (1998), la jefa del Programa Nacional de SIDA de Venezuela declaró a los medios de comunicación que existe un 75% de subregistro. El mayor número de casos se registra en hombres homosexuales y bisexuales, aunque la tasa comienza a aumentar de manera importante entre las mujeres. Por ejemplo, en el estado petrolero de Zulia la incidencia es mucho más alta, lo mismo que en Isla Margarita, uno de los principales destinos turísticos del país.

En Venezuela el sistema público atiende a toda la población aunque su servicio es deficiente, ya que hay un alto grado de estigma hacia los seropositivos, que se agrava de acuerdo a la orientación sexual de la persona. El Sistema de Seguridad Social brinda atención principalmente a los trabajadores que cotizan de acuerdo a las aportaciones que les son descontadas de su salario, mientras que el patrón aporta otra parte, pero el servicio es proporcionado hasta después de que la persona ha cotizado más de seis meses. Existe también el servicio de atención que brindan las ONGs, localizadas a todo lo largo del territorio venezolano y que operan con sus propios recursos, además del Sistema de Salud Privado, que es sumamente costoso y tiene el inconveniente de que no en todos sus centros se atiende a seropositivos. En cuanto a las compañías de seguros, sus pólizas para el seguro de gastos médicos excluyen la atención de personas que viven con VIH/SIDA.

Una de las principales deficiencias en la asistencia médica en Venezuela es que el Estado no proporciona tratamientos anti-retrovirales de manera permanente. El Ministerio de Sanidad ha comprado protocolos para un número reducido de personas, como el destinado a 30 mujeres embarazadas internadas en la Maternidad Concepción Palacios, de Caracas, pero una vez que la mujer da a luz se le suspende el tratamiento anti-retroviral.

La RVG+ ha denunciado también que las pruebas de laboratorio como CD4 o carga viral son inaccesibles para la mayoría, y lo mismo ocurre en el caso de los medicamentos profilácticos, ya que tratamientos como Ganciclovir o Interferon deben ser pagados del

bolsillo de la persona. Situaciones como éstas han generado que 395 venezolanos, hombres y mujeres con VIH o SIDA, hayan comenzado un activismo político-social mediante el que demandan judicialmente a instituciones como el Instituto Venezolano del Seguro Social, el Ministerio de la Defensa y el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de ACCSI.

En el caso particular del Instituto Venezolano del Seguro Social, recientemente las personas con VIH/SIDA han interpuesto un amparo para acceder a una atención médica integral. Sin embargo, existen graves problemas en el abasto de medicamentos, ya que éstos no se distribuyen juntos sino de manera escalonada: hoy entregan el AZT, dentro de una semana el 3TC y en dos semanas el Crixivan. Esto originó que a principios de julio de 1998 se formara un comité de “amparados” con VIH/SIDA para presionar y resolver este tipo de problemas.

La prensa local publicó hace unos meses (1998) que se iniciaría la privatización de la seguridad social, en violación de la Constitución Política de Venezuela, que especifica que la seguridad social es un derecho adquirido para cualquier ciudadano. El argumento de las autoridades y del Congreso Nacional es que medidas similares han dado excelentes resultados en otros países, incluso de la región latinoamericana. La medida, que es fuertemente apoyada por el sector industrial venezolano, se basa en que a través de una administradora, operada por una empresa transnacional, se controle todo lo concerniente a la seguridad social, incluyendo la salud.

Para contrarrestar esta iniciativa se creó el Comité Pro-Defensa de la Salud Integral, que concentra a una extensa gama de personas discapacitadas *representantes* de diferentes enfermedades. Aparentemente este comité ha conseguido frenar la privatización y está en espera de reunirse con el congresista responsable del proyecto. Otro de los problemas que prevalecen para las personas con VIH/SIDA en Venezuela es la discriminación y la constante violación de los derechos humanos, ya que no están garantizados sus derechos a la salud, al trabajo, a la educación y, por consiguiente, a la vida.

*“Los gobiernos latinoamericanos le rinden culto a la discriminación y al rechazo de las personas seropositivas. Si se nos garantizaran verdaderamente nuestros derechos humanos, los problemas se irían solventando. Es urgente que todos y todas los seropositivos venezolanos y, por qué no, también los latinoamericanos, reconozcamos que nos tenemos que capacitar y realizar un trabajo más profundo para que verdaderamente crezca nuestro activismo. Sólo así podremos enfrentar con mayor profesionalismo los problemas y retos que se nos presentan día con día y lograr una mayor visibilidad de lo que sucede en nuestro entorno.*”

“El activismo no es ir a pegar cuatro gritos al Congreso Nacional. Creemos en un activismo que acuda a las instancias de poder con críticas y alternativas. Las personas con VIH/SIDA debemos reconocer que si tenemos derechos también tenemos deberes y esto es un trabajo en conjunto.”

## Panamá (18)

*Por el derecho a la vida* es el lema de la Fundación Pro Bienestar y Dignidad de las Personas Afectadas por el VIH/SIDA (PROBIDSIDA), cuya misión es velar por mejorar la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA y asegurar el acceso a los tratamientos anti-retrovirales, basados en los principios constitucionales de “salud igual para todos”. Proporciona también apoyo emocional a las personas afectadas directa e indirectamente por el virus; información y asesoramiento legal con base en la declaración universal de los derechos del hombre, con el fin de minimizar la discriminación hacia las personas con VIH/SIDA; educación a las personas con VIH/SIDA para asegurar un conocimiento claro de su situación físi-

ca, emotiva, sus deberes y sus derechos como ciudadanos panameños; alienta a las personas afectadas por el VIH/SIDA a la autosuficiencia, y la autoestima.

La información epidemiológica es limitada, ya que con el argumento de que no se cuenta con fondos y el personal dedica su tiempo a otras funciones, no se hacen estudios a profundidad. El país reporta oficialmente 1,731 casos acumulados, pero el estimado de panameños con VIH/SIDA es de 30 a 50 mil. La salud en Panamá está integrada por dos sistemas: la Caja de Seguro Social (CSS), para personas que trabajan y son beneficiados por el seguro que pagan mensualmente, y el Ministerio de Salud (MINSa), que abarca al resto de la población.

En lo que se refiere a la administración de anti-retrovirales para las personas con VIH/SIDA, la CSS únicamente proporciona AZT, mientras que en las pruebas de laboratorio sólo se realiza el conteo linfocitario (CD4). La carga viral sólo se realiza en laboratorios privados a un costo de 290 dólares. Respecto a los medicamentos para combatir enfermedades oportunistas, el sistema tiene dentro del cuadro básico muchos de los remedios profilácticos.

Por su parte, el Ministerio de Salud no ofrece ningún tipo de anti-retroviral, ni siquiera a mujeres embarazadas. Únicamente los menores de edad con VIH/SIDA reciben biterapia en el Hospital del Niño. MINSa, que tampoco realiza estudio de CD4 y de carga viral, tiene muy limitado el acceso a los medicamentos profilácticos, por lo que sólo de vez en cuando proporciona algunos.

Las autoridades panameñas justifican su posición con el argumento de que los tratamientos y terapias son muy costosos, además de afirmar que el problema del SIDA es de toda la sociedad, no sólo del gobierno. Esta actitud de no responsabilidad propicia que aún prevalezca en el país la discriminación en cuartos de urgencias y servicios especializados como el odontológico, y que se pretenda que la prueba de detección del VIH sea obligatoria para toda persona que tenga que ser sometida a una intervención quirúrgica o a toda mujer embarazada, sin funcionar, por supuesto, un programa integral de asesoría.

Actualmente circula un anteproyecto para modificar una ley de 1992 cuyo contenido estigmatiza el padecimiento a tal grado que gran parte de su articulado establece castigos y sanciones para las personas que viven con VIH o SIDA.

A partir de este año (1998) las personas con VIH/SIDA han comenzado a denunciar públicamente la discriminación por no tener acceso a los tratamientos anti-retrovirales. Asimismo, las personas con VIH/SIDA agrupadas en PROBIDSIDA procederán legalmente por medio de un recurso de amparo de garantías contra la CSS para obtener tratamientos integrales.

Es urgente fomentar una mayor conciencia sobre la problemática del SIDA y su impacto dentro de la sociedad panameña. La información disponible para la población es limitada y se difunde esporádicamente a través de los medios de comunicación; para lograrlo es indispensable contar con la voluntad política de las autoridades a los más altos niveles, tanto para prevención como para la atención integral de las personas que ya están afectadas.

Para los tomadores de decisiones en Panamá el SIDA sigue siendo una enfermedad de culpables, lo que propicia una actitud recurrente de estigmatización.

## México

Como resultado del primer encuentro de personas que viven con VIH/SIDA se formó la Red Mexicana de Personas VIH+ que fundamentalmente produce, reproduce y distribuye materiales informativos e imparte cursos de capacitación. Posteriormente a la Conferencia

Internacional de SIDA Vancouver 1996, se crea el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/SIDA (FRENPAVIH), que tiene como objetivo fundamental el acceso a medicamentos para todos. Recientemente se integró un nuevo proyecto, +poSitHIVos+, el cual tiene entre sus objetivos primordiales producir propuestas encaminadas al bienestar de las personas con VIH/SIDA y proporcionar información actualizada y fidedigna a las distintas autoridades del Estado mexicano y a las mismas personas afectadas por esta enfermedad.

Para finales de 1997 se registraron casi 33,500 casos acumulados, (19) y hasta finales de mayo 1998 existían 35,691, de los que se estimaba vivos al 40.7%. De este total, el 86% (20) corresponde a hombres. Se han registrado miles de infecciones nuevas que afectan de manera especial a jóvenes homosexuales y bisexuales. El porcentaje estimado entre el retraso en la notificación y la subnotificación equivale al 53.5%, o sea 19 mil casos, lo que indica alrededor de 54,786 casos de SIDA, de los cuales 22,274 se calcula que están vivos. Asimismo, se estima que por cada caso notificado existen otros cuatro mexicanos que viven con VIH asintomáticos, lo que incrementa las cifras a 219,147 casos. (21)

La principal diferencia del sistema de salud mexicano está determinada por personas asalariadas y no asalariadas. La seguridad social está conformada principalmente por dos instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el más importante del país tanto en recursos como en número de afiliados, que atiende principalmente a trabajadores de empresas privadas, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual, como su nombre lo indica, atiende exclusivamente a los trabajadores del Estado. Existen otros esquemas de seguridad social, como los destinados a los trabajadores petroleros o a los miembros del Ejército. Todos estos sistemas operan mediante el cobro de cuotas: una parte se le descuenta al trabajador y la otra es aportación del empleador. (22)

Durante los últimos dos años las personas afectadas por el VIH/SIDA han tenido que librar numerosas batallas por el respecto a sus derechos humanos y por los tratamientos. En 1997 las personas afectadas por el VIH/SIDA se lanzaron a las calles para demandar públicamente el acceso a una atención médica integral y de calidad. La presión política ejercida por la sociedad afectada por el virus logró el acceso a las nuevas terapias anti-retrovirales, que incluían dos de los inhibidores de la proteasa, para los enfermos derechohabientes del IMSS e ISSSTE.

El sistema público se conforma principalmente por la Secretaría de Salud (SSA), que atiende a los mexicanos que no cuentan con ningún tipo de seguridad social; se cobran cuotas de recuperación a los ciudadanos que atienden. Estos servicios generalmente disponen de un acervo muy limitado de medicamentos para la población no asegurada. Las personas con VIH/SIDA normalmente no reciben anti-retrovirales por lo que deben pagarlos de sus bolsillos, salvo aquellos que participan en algún protocolo, los cuales son sumamente escasos, tanto como proyectos como por el número de personas que atienden. (23)

Por su parte, el *mercado privado*, que se ha desarrollado al margen de las políticas oficiales, brinda atención tanto a la población sin seguridad social como a la asegurada. Los seguros privados aún representan un sector minoritario de la atención médica y, por supuesto, no cubren la atención integral de personas con VIH/SIDA. (24)

En numerosos centros de salud, sobre todo en el nivel regional, existe una gran desinformación respecto al VIH/SIDA y los tratamientos adecuados para cada etapa del padecimiento. Gran número de personas con VIH/SIDA son atendidas por médicos sin la preparación suficiente en materia de infectología; además, en el caso de la seguridad social, las personas disponen de manera irregular de la administración oportuna y continua de los medicamentos necesarios (anti-retrovirales, profilácticos y reactivos para carga viral y conteo CD4). En la gran mayoría de los estados de la República se acrecienta este desabasto

y la falta de atención oportuna y profesional. Se han reportado anomalías graves, como no proporcionar a las personas con VIH/SIDA un medicamento contra el citomegalovirus (Ganciclovir), sin el cual puede sobrevenir rápidamente una ceguera parcial o total.

Algunas personas justifican esta negativa con el argumento de *“que no hay medicamentos que sirvan. Si éstos existieran, la sociedad tiene la obligación de proporcionarlos a todos. Pero ninguno sirve. Con los que se cuenta sirven sólo para aliviar algunos síntomas pasajeros. Por desgracia, quien ya tiene SIDA tiene una enfermedad mortal, y hay que ayudarlo, humanamente, con todos los recursos existentes, pero resultaría hasta in-moral darle medicamentos muy caros si no van a servir para nada”*. (25)

El 26 de febrero de 1998, con una aportación inicial de 30 millones de pesos (3 millones de dólares), la Secretaría de Salud (SSA), da inicio a las actividades de un fideicomiso llamado FONSIDA, conocido también como el *síndrome del Titanic*. (26) Bajo la figura de asociación civil, este Fondo debe recabar aportaciones de origen voluntario y semivoluntario para proporcionar atención integral a los mexicanos con SIDA que carecen de seguridad social. Aunque no se descalifica su buena intencionalidad, difícilmente los fondos de origen privado representarán más del 10% de las necesidades actuales. Nos hemos congratulado de que se han comenzado a dar medicamentos anti-retrovirales a los niños y a mujeres embarazadas; estos grupos representan alrededor del 1% de la población afectada en México, excluyendo y marginando a los grupos más afectados por la epidemia: hombres que tienen sexo con otros hombres, población que representa alrededor del 80%.

A quince años de declarada la epidemia de SIDA en México, aún presenciamos importantes indicadores de discriminación, rechazo y estigmatización que divide a las personas con VIH/SIDA en víctimas y culpables.

El titular de este fideicomiso (FONSIDA) hizo un señalamiento muy delicado: *“el gobierno tiene la obligación constitucional de ayudar a la gente a mantener la salud, pero no necesariamente a dar medicamentos gratuitos a ningún grupo con un padecimiento especial.”* (27) ¿Cómo justifica un servidor público negar medicamentos gratuitos, en el caso de cualquier enfermedad, sobre todo cuando la vida de las personas depende de su administración oportuna?

De acuerdo con CONASIDA, (28) las personas con VIH/SIDA que están cubiertas por la seguridad social en México representan el 50% del total. Para 1998 serían 11,809 mexicanos VIH+ no asegurados que requieren de los tratamientos integrales basados en anti-retrovirales.

A finales de noviembre de 1997 se presentó a la LVII Legislatura de la Cámara de Diputados una propuesta para la autorización de una partida especial mínima para 1998, por un monto total de 370 millones de pesos (46.5 millones de dólares, aproximadamente -\$7.98 pesos por dólar), para la compra de anti-retrovirales para las personas que no cuentan con seguridad social, ya que según estimaciones, el 40% de las personas con VIH/SIDA requeriría terapia triple y el resto biterapias. Esta propuesta se basó en dos puntos esenciales: a) obtener los recursos mediante pequeños recortes presupuestales a secretarías como Defensa Nacional, Marina, Turismo, etcétera. b) Que el sistema de salud realice compras consolidadas de dichos medicamentos para obtener descuentos considerables con las compañías farmacéuticas. (29)

Desgraciadamente, esta propuesta no contó con la voluntad política necesaria para ser apoyada. Para mediados del segundo semestre de 1998 se presentará nuevamente a las autoridades de Hacienda y a los legisladores del país. Los cálculos preliminares para esta segunda propuesta (periodo 1999-2000) será de alrededor de 700 millones de pesos (70 millones de dólares). (30)

Quienes vivimos con VIH/SIDA sabemos que los números no representan la verdadera realidad que enfrentamos, puesto que nosotros mismos nos volvemos invisibles,

nos hacen desaparecer y nos fuerzan a convertirnos en meros porcentajes sin un sentido real de identidad. Las estadísticas son usadas con frecuencia como armas de doble filo, más que como una herramienta que nos apoye verdaderamente, salvo honrosas excepciones como cuando las utilizan expertos sensibles.

Los gobiernos tecnócratas y burocráticos han sido ignorantes e incapaces de dar una respuesta efectiva a la crisis del SIDA en los últimos quince años. La falta de voluntad política y moral, la falta de intervenciones efectivas y la negligencia han contribuido al crecimiento de la epidemia, que es sin duda el doloroso costo de la incompetencia. La epidemia por VIH/SIDA se ha transformado en lo que algunos llaman un “genocidio sistemático”.

### Conclusiones y reflexiones

La historia es conocida. Al declararse la epidemia del SIDA, al lado de la comunidad gay existente las personas seropositivas necesitaron construir otra paralela, la de las personas afectadas por el virus. Y en esta comunidad se confundieron las preferencias sexuales y las biografías de comportamientos riesgosos: el homosexual convivió con el ama de casa infectada y la trabajadora sexual con el heroinómano o con el hemofílico. Una extraña fraternidad surgió en los quirófanos, pasillos de hospital y salas de espera de las clínicas. Esto alteró los paisajes conocidos y las viejas estrategias de lucha por los derechos civiles. Por primera vez surgieron asociaciones de enfermos que pugnaban por una mejor calidad de vida, por el derecho a la salud y por el libre acceso a medicamentos extremadamente onerosos. Esta voluntad de lucha se opone hoy a la falta de voluntad política y moral de nuestros gobiernos, a la homofobia apenas disimulada de los tecnócratas de la salud y a los continuos embates de la ultraderecha. También se opone a los afanosos cazadores de foros públicos para difundir falacias destructivas (el SIDA no es una enfermedad infecciosa, el sexo protegido es un atentado contra el placer), auspiciar la confusión entre la época dorada de las libertades sexuales y el ingreso anticipado a las funerarias. El desprecio a la vida y la intolerancia son males que se añaden a las devastaciones del virus de la inmunodeficiencia humana. (31)

Han transcurrido tres años desde que fue demostrada la alta efectividad de los tratamientos anti-retrovirales. Estos costos medicamentos han provocado el llamado *síndrome de Lázaro*, síndrome de resurrección y sobrevivencia, que levanta de su lecho de muerte al enfermo de SIDA y le permite reincorporarse a una vida normal y productiva. Sin embargo, aún hay autoridades que justifican su negativa al acceso con el argumento de que no hay medicamentos que sirvan verdaderamente; que los que existen -afirman mañosamente y contra las pruebas de sobrevida saludable que ofrecen miles de seropositivos en otros países- sólo son paliativos, sólo alivian síntomas pasajeros. Y con un aplomo comparable sólo a su insensibilidad y cinismo afirman: *“Quien ya tiene SIDA tiene una enfermedad mortal; por tanto resultaría hasta inmoral darle medicamentos muy caros que no van a servir para nada.”*

El acceso a estos medicamentos para las personas que viven con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe ha sido motivo de una intensa movilización social y de fuertes presiones a nuestros gobiernos. Las denuncias públicas, las movilizaciones sociales, las cartas, propuestas, foros, conferencias, seminarios y las múltiples pláticas con autoridades y legisladores no nos han servido de mucho a la mayoría de las personas afectadas por la epidemia en la región.

Los portadores del VIH y los enfermos de SIDA hemos aprendido qué es la exclusión, la discriminación social, el prejuicio moral, la indiferencia y los numerosos disfraces del rechazo. Hasta la fecha el SIDA sigue siendo la guillotina que pende sobre la cabeza del

supuesto culpable. Los afectados por este virus nos hemos topado no con una enfermedad sino con una tragedia: desabastos irresponsables, fideicomisos que excluyen a la mayoría de las personas con VIH/SIDA, y las más de las veces el SIDA sólo ha servido para cubrir agendas políticas, programas y proyectos que no pasan de los escritorios de las autoridades y tomadores de decisiones, son promesas que nunca se cumplen.

La calidad de vida de las personas con VIH/SIDA de escasos recursos -la gran mayoría-, saben que el funcionamiento adecuado depende de los mecanismos de protección social. Esto quiere decir que vivir o morir es algo que depende mucho del acceso a los tratamientos existentes. Quien los obtiene con regularidad sobrevive; quien no los obtiene o sufre de interrupciones en su abasto, muere. La vida cobra, la muerte iguala.

El año pasado, en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, gracias al acceso universal a los medicamentos anti-retrovirales, la tasa de mortalidad por SIDA disminuyó en más del 30%. Las campañas de atención a los brasileños con VIH/SIDA se llevaron a cabo con carteles, como en el que se lee: *"A AIDS TEM REMÉDIO. A aids tem tratamento gratuito disponível na rede pública. Converse com seu médico. Ele saberá dizer quando começar o tratamento e qual a terapia mais indicada para o seu caso"*. (32)

Como hemos visto, países como Argentina, Brasil y Costa Rica hoy tienen acceso universal a los tratamientos anti-VIH. Las personas que vivimos con VIH/SIDA en la región de América Latina y el Caribe estamos conscientes de que se requiere de un esfuerzo presupuestal fuerte, pues los medicamentos son costosos y precisamente por eso no los podemos comprar nosotros, ni trabajando más, ni doblando o triplicando turnos, ni con los ingresos de nuestras familias, ni con las palabras de aliento de quienes dicen comprendernos. Quienes murieron de SIDA antes de 1996 fallecieron porque los medicamentos contra el virus aún no estaban disponibles y porque la indiferencia gubernamental se encargaba de acelerar los trámites para la paz eterna de miles de personas. Quienes mueren ahora es porque siguen sin tener acceso a los medicamentos ahora disponibles, o porque teniéndolo se les obliga en algún momento a interrumpir sus tratamientos.

¿Cómo explicar a nuestros/as compañeros/as que viven con VIH/SIDA que la culpa de que no tengan tratamientos se debe, entre otras razones, a la caída del precio del petróleo, o a la crisis financiera internacional, y que para nuestros representantes populares dentro de las legislaturas latinoamericanas no es prioridad asignar presupuesto para salvar nuestras vidas. ¿Cómo decirles que la recomendación tácita es que aprendamos a resignarnos a morir rápida, ordenada y silenciosamente, sin alterar con nuestros vanos esfuerzos de sobrevida la marcha difícil, aunque a la postre exitosas de las Grandes Naciones de Gente Sana?

El cumplimiento de las obligaciones del Estado en lo que se refiere a los derechos humanos, no discriminación, el derecho a la salud, a la información, a la educación, al empleo, al bienestar social, es de importancia capital para reducir el riesgo ante la infección por el VIH y asegurar la atención y el apoyo a las personas que ya estamos infectadas y afectadas por esta enfermedad. La defensa de los derechos humanos en lo que respecta al VIH/SIDA implica forzosamente establecer un compromiso con la salud pública y para ello es indispensable una verdadera voluntad política la que, para no terminar en oratoria debe ir acompañada de decisiones audaces en materia presupuestal, o de lo contrario solamente será demagogia.

Todavía presenciemos la terrible indiferencia de muchas de nuestras autoridades, el silencio y la apatía que se quebrantan con lentitud exasperante. El desdén oficial ha legitimado el prejuicio público. Hay que indignarse ante el silencio de las autoridades, que es evadir responsabilidades y muestra de una falta de compromiso, que si no es desprecio se le parece demasiado. Rechazamos el silencio medroso que se desentiende de la

situación trágica de muchos enfermos sin hogar ni trabajo, sin la más elemental protección médica y sin la esperanza del beneficio de las nuevas promesas terapéuticas.

Hoy, las personas que vivimos con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe hemos renunciado definitivamente al silencio para dar paso a la indignación racional y señalar el deber moral de nuestros gobernantes, que entraña solidaridad verdadera, esa que hoy necesitamos más que nunca pues nuestra soledad deja de ser inmensa y trágica cuando la enfrentamos con decisión, con el amor de tanta gente, el abrazo de quienes saben que el adversario frontal del silencio hipócrita no es el ruido del escándalo sino el sonido profundo de la solidaridad.

### **Trabajo y acciones específicas durante la XII Conferencia Internacional sobre SIDA por parte de las personas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe**

Se lograron coordinar trabajos y acciones en conjunto, estableciendo un importante bloque de cooperación entre las personas afectadas por el VIH/SIDA, entre las que destacan los esfuerzos por consolidar la Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH/SIDA. Otra acción de colaboración fue sin duda la manifestación realizada en el área en donde se ubicaban las representaciones de las compañías farmacéuticas con la demanda: *A más lucro menos vida*. (33) Sin embargo, es necesario reconocer que gran parte del escenario regional en el que la sociedad civil está escasamente organizada, con poca experiencia y capacidad de incidencia, debe incrementar sus esfuerzos, buscando todo el tiempo mejorar su preparación e información. (34)

Las representaciones de las redes regionales de personas que viven con VIH/SIDA (GNP+, ICW+ y RLA+), sostuvieron dos reuniones con las autoridades de ONUSIDA, a quienes se les indicó que: *“Las personas con VIH/SIDA de América Latina y el Caribe necesitamos que los Grupos Temáticos (GT) sean parte de la solución y no como ahora que sólo son parte del problema”*. Las conclusiones de estas reuniones satélites fueron:

- i) Involucrar de forma apremiante a las personas con VIH/SIDA de América Latina y el Caribe en los GT de cada uno de los países.
- ii) Crear GT y/o fortalecer los ya existentes en los países de la región.
- iii) Diseñar programas de planificación estratégica por parte de los GT que permitan establecer mecanismos concretos de acción y fortalecimiento técnico organizacional.
- iv) Diseñar y ejecutar programas de capacitación organizacional para las personas con VIH/SIDA.
- v) Fomentar un mayor acercamiento con los Programas Nacionales de SIDA y demás sectores involucrados. En tal contexto, se estableció el compromiso de los participantes de celebrar una reunión satélite sobre la situación de los Grupos Temáticos aprovechando la I Conferencia del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal Latinoamericano y del Caribe (GCTH), que se llevará a cabo durante octubre de 1998 en México.

### **Recomendaciones como resultado de la XII Conferencia Internacional sobre SIDA por parte de las personas que viven con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe**

A pesar de las dudas aún no resueltas sobre los tratamientos anti-retrovirales, los efectos tóxicos y la complejidad de su administración, *los beneficios de los medicamentos anti-retrovirales son superiores a sus desventajas*.

Por lo complicado del tratamiento éste no debe dejarse en manos de trabajadores de la salud no calificados.

Las principales acciones preventivas están relacionadas con la modificación de las prácticas sexuales de riesgo por prácticas de sexo seguro y protegido, y con una incansable labor de información.

Entre los derechos sociales la protección a la salud ocupa un lugar preponderante dado que es una necesidad humana esencial y un elemento constitutivo de las capacidades productivas de cualquier nación. De ahí que la protección y la prevención de la salud constituyan elementos clave para una estrategia de desarrollo social participativa. Por ello, la atención a la salud se regula fundamentalmente mediante mecanismos públicos que escapen a cualquier dinámica privada y mercantil. El Estado es por definición proveedor y regulador de lo necesario para la salud, porque ésta es condición imprescindible para el desarrollo de nuestros países. La necesidad de una creciente y efectiva intervención estatal en el ámbito de la salud adquiere una connotación mayor en el marco de la crisis económica por la que atraviesan nuestros países, que al deteriorar sensiblemente los niveles de vida en general, y en particular los de la salud, atenta contra el desarrollo integral y equilibrado de las naciones, y afecta de un modo sin precedente una de las piedras angulares de su desarrollo económico y productivo: la capacidad y el potencial humanos.

En la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe siempre ha habido rezagos en la cobertura integral de los servicios de salud, signo característico, entre otros, de un modelo de atención inoperante e insuficiente, no sólo para la medicina curativa sino, más aún, para la prevención de las enfermedades, lo que eleva permanentemente los costos y vulnera la calidad de la atención. *El derecho a la protección de la salud que tiene toda persona es una garantía social.* Su ejercicio es independiente de su condición económica, social, cultural o preferencia sexual. Sólo así es posible sentar las bases que garanticen el compromiso político de los Estados de América Latina y el Caribe de lograr un sistema de salud de cobertura universal.

La suerte de miles de personas afectadas por el VIH/SIDA está en manos del Estado en Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

Ninguna política social puede prosperar sin un fundamento ético, y esto lo sabe muy bien una persona que vive con VIH/SIDA, que ha aprendido a reconocer la discriminación moral y la falta de ética en la conducta de sus semejantes.

*“Si tuviéramos que destacar el asunto más importante hoy en la epidemia del SIDA, éste sería sin duda la aparición de nuevas y mucho más efectivas terapias anti-retrovirales y la posibilidad de una vacuna. Sin embargo, este desarrollo médico presenta una dolorosa paradoja. Entre más avanza la investigación clínica, mayor es la brecha entre quienes pueden costearse o acceder al mejor tratamiento y quienes no tienen acceso a ningún tipo de terapia. Este fenómeno ocurre tanto en un mismo país como entre países distintos, y nos recuerda que los individuos, sin importar su género, sexualidad, clase, credo o estatus social, tienen derechos humanos básicos que incluyen el derecho a la salud. El énfasis no debe darse en la búsqueda tardía de la solución perfecta, sino en actuar ahora para reducir las inquietudes que alimentan al SIDA y las injusticias que éste provoca.” (35)*

***Redes de Personas Viviendo con VIH-SIDA de América Latina y el Caribe***

- RLA+ *Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH-SIDA.*  
E-mail: redla@egroups.com
- GNP+ *Red Global de Personas Viviendo con VIH-SIDA.*  
E-mail: gnplat@ciudad.com.ar.
- ICW+ *Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA.*  
E-mail: soldar@cvtei.com.ar
- CRN+ *Red Regional Caribeña de Personas que Viven con VIH-SIDA.*  
Apartado Postal 236, GPO, Kingston, Jamaica W.I.

***Abreviaturas***

- PFNT Punto Focal Nacional Titular  
PFNA Punto focal Nacional Alternante

Agradezco el apoyo y solidaridad de: Red Global de Personas Viviendo con VIH-SIDA (GNP+), Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH-SIDA (RLA+), Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW+), LACASSO, Fundación Mexicana para la Salud, Letra S, Salud y Justicia, +poSitHIVos+; así como a los/las colegas que viven con este devastador virus y a todas aquellas personas que son nuestros cómplices en esta incansable lucha, “Los Seropositivos Morales”.

## Referencias

1. Ruth Cardoso, Primera Dama de Brasil, en la presentación del libro *AIDS in Brazil, a Joint Government and Society Endeavor*. Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 1998.
2. Dr. Bernard Hirschel, Universidad de Ginebra, Suiza.
3. José Antonio Izazola (editor). Situación epidemiológica y económica del SIDA en América Latina y el Caribe, Sidalac/Funsalud, México, 1998, p. 33.
4. Doctor Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA.
5. Javier Hourcade Bellocq, Secretariado Regional GNP+ y PFNT de Argentina RLA+
6. J. Hourcade, *Suplemento Letra S*, núm. 18, México, enero 1998, p. 7; *Los costos de la incompetencia*, ponencia presentada en la V Conferencia Panamericana de SIDA, Lima, Perú, 3-6 de diciembre de 1997.
7. Julio Cesar Figueiredo Caetano, PFNT de Brasil RLA+ y Secretario Regional de la Red Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA (RNP+), y Claudio Pereira, Presidente del Grupo Incentivo a la Vida.
8. André Nunes, *Situación epidemiológica y económica del SIDA en América Latina y el Caribe*, Funsalud/Sidalac, 1998, pp. 383-399.
9. *Ibidem*.
10. Julio Cesar Figueiredo, *3 + Plus*, año 1, núm. 1, julio de 1998.
11. Guillermo Murillo Rodríguez, PFNA de Costa Rica RLA+
12. Luis Leyva, PFNA de Costa Rica RLA+
13. Guillermo Murillo Rodríguez, PFNT de Costa Rica RLA+.
14. David Meléndez, PFNT de Chile RLA+ y Rodrigo Pascal. Ambos son directivos de la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA (COORNAVIH).
15. Daniel Ruiz, PFNT de Bolivia RLA+.
16. Pablo Anamaría, PFNA de Perú RLA+.
17. Alberto Nieves Alberti, PFNT de Venezuela RLA+.
18. Orlando Quintero, PFNT de Panamá RLA+, y Norma de Quintero, Presidenta de PROBIDSIDA.
19. Jorge A. Saavedra López, *Costos y gastos en la atención médica del SIDA en México*, p. 31; *apud*. Conasida, registro de casos, 1o. de noviembre de 1997.
20. Dirección General de Epidemiología, SSA, Registro Nacional de Casos.
21. David Alberto Murillo, PFNT de México RLA+.
22. J. Saavedra, *op. cit.* p. 19.
23. J. Saavedra, *op. cit.*, p. 22.
24. *Ibidem*, p. 19.
25. Declaraciones al periódico *Reforma* del exgobernador de Chiapas y actual Presidente de la Asociación Mexicana de Bioética, Manuel Velasco Suárez. Nota de Ivonne Melgar del 27 de noviembre de 1997.
26. Calificado así por el autor durante la clausura del Foro Internacional sobre VIH/SIDA de la LVII Legislatura de la Cámara de Diputados, en el Palacio Legislativo de San Lázaro, en México, D.F. a finales de marzo de 1998.
27. Doctor Alejandro Cravioto Quintana, Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y titular de FONSIDA, entrevistado por la revista *Proceso*, núm. 1131, del 5 de julio de 1998.
28. Doctora Patricia Uribe Zúñiga, Coordinadora General del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA); *apud*. J. Saavedra, *Costos y gastos de atención médica del SIDA en México*, 1998, p. 20.

29. Iniciativa presentada a finales de 1997 al diputado federal Santiago Padilla, presidente de la Comisión de Salud de la LVII Legislatura. La propuesta por elaborada por el doctor Jorge Saavedra, consultor de Salud Pública y Economía en VIH/SIDA, y Jorge Huerdo, autor de este capítulo.
30. *Ibidem*.
31. Carlos Monsiváis y Carlos Bonfil, revista *Proceso* núm. 1132, p. 68
32. Ministerio de Salud de Brasil, 1997.
33. Un especial reconocimiento al entusiasta activista José Araujo Lima Filho, de Brasil, quien ha demostrado una firme solidaridad con todas las personas con VIH/SIDA de la región.
34. Luis Gauthier, Representante Titular por la Sociedad Civil Organizada con Trabajo en SIDA de América Latina y el Caribe en el PCB de ONUSIDA.
35. Ana Luisa Liguori, resumen de la relatoría que presentó durante la clausura de la XII Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 1998.

## SOBRE LOS AUTORES

*Dra. Laura Astarloa*

Directora Ejecutiva. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Argentina.

*Dr. Fernando Zacarías*

Asesor principal en Enfermedades de Transmisión Sexual y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ETS/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Washington, EUA.

*Dr. Pedro Chequer*

Coordinador General. Programa Nacional de ETS/SIDA. Ministerio de Salud. Secretario Técnico, Grupo de Cooperación Técnica Horizontal 1997-98. Brasilia, Brasil.

*Mat. Jorge Beloqui*

Licenciado en Matemática por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Doctor en Matemática por el IMPA (Instituto de Matemática Pura y Aplicada, Río de Janeiro. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas de Brasil). Profesor del Instituto de Matemática y Estadística. Universidad de Sao Paulo.

*Dr. Mario N. Bronfman P.*

Director Ejecutivo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. Cuernavaca, México. Doctorado en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de la Fundación "Oswaldo Cruz", Brasil. Licenciatura en Sociología por la Universidad de Buenos Aires.

*Dr. Luis Enrique Soto Ramírez*

Médico cirujano por la Escuela Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle. Residencia en Medicina Interna e Infectología en el Instituto Nacional de Nutrición y estudios de postdoctorado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Investigador titular. Jefe de la Unidad de Virología Molecular, Departamento de Infectología. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Secretaría de Salud. México, DF.

*Dr. Pedro Cahn*

Director de la Fundación Huésped. Profesor adjunto de Infectología de la Universidad de Buenos Aires. Jefe de la Unidad de Infectología del Hospital Fernández. Buenos Aires, Argentina.

*Dr. Carlos del Río*

Profesor asociado de Medicina Interna, Escuela de Medicina de la Universidad de Emory. Profesor asociado adjunto de Salud Internacional. Escuela "Rollins" de Salud Pública de la Universidad de Emory. Atlanta, EUA.

*Anabella Arredondo*

Responsable del Área de Estudios. Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA). Santiago de Chile.

*Dr. Bilali Cámara*

Asesor Regional para ETS/SIDA. Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Puerto España, Trinidad y Tobago.

*Dr. Jorge Saavedra López*

Consultor independiente. México, DF.

*Dr. Carlos Ávila Figueroa*

Investigador Titular. Institutos Nacionales de Salud. Secretaría de Salud México, DF. Médico Cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México. Especialista en enfermedades infecciosas. Doctor en Ciencias, Universidad de Harvard (1995).

*Dr. Raquel Child*

Directora General. Comisión Nacional de SIDA (CONSIDA). Secretaria Técnica, Grupo de Cooperación Técnica Horizontal 1996-97. Santiago de Chile.

*Dr. Carlos Cáceres*

Profesor de la Facultad de Salud Pública. Universidad Cayetano Heredia. Director de Investigación de REDESS Jóvenes. Lima, Perú.

*Mabel Bianco*

Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM). Presidenta; Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en SIDA- LACCASO; Secretaria Regional de América Latina y el Caribe. Buenos Aires, Argentina.

*Jorge Huerto*

Presidente POSITHIVOS. Representante Alterno para América Latina, Red Global de Personas Viviendo con VIH/ SIDA (GNP+). México, DF.

*Dr. Guillermo Soberón Acevedo*

Presidente Ejecutivo, Fundación Mexicana para las Salud, AC. México, DF

*Dr. Jaime Sepúlveda Amor*

Director General. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud Cuernavaca, México.

*Dra. Patricia Uribe Zúñiga*

Médico pediatra infectóloga. Secretaria Técnica, Grupo de Cooperación Técnica Horizontal 1998-99. Coordinadora General del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONSIDA). México, DF.

*Dr. José Antonio Izazola Licea*

Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC). Médico cirujano, maestría en Demografía (cand.), especialista en Epidemiología Aplicada; postdoctorado en Epidemiología del SIDA en países en desarrollo, Harvard Aids Institute; Doctor en Ciencias de Población y Salud Internacional.

*Dr. Michel de Groulard*

Médico epidemiólogo, Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Puerto España, Trinidad y Tobago.

*EL SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:*  
*UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINARIA*  
se terminó de imprimir en el mes de mayo  
de 1999 en los talleres de *Grafia*.  
Se tiraron 1000 ejemplares más  
sobrantes para reposición.

