





CUADERNOS

FUNSALUD

NÚMERO 30

**EL SIDA EN MÉXICO:
OPORTUNIDADES DE LA SOCIEDAD
CIVIL PARA DISMINUIR SU IMPACTO**

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO DE 1998



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

EL SIDA EN MÉXICO: OPORTUNIDADES DE LA
SOCIEDAD CIVIL PARA DISMINUIR SU IMPACTO

Primera edición

DR Fundación Mexicana para la Salud
Periférico Sur 4809
Col. El Arenal, Tepepan, Tlalpan
14610 México, DF

Impreso y hecho en México
Made and printed in Mexico

ISBN 968-6186-98-0

ÍNDICE

Presentación	vii
El Sida en México: oportunidades de la sociedad civil para disminuir su impacto <i>Antonio Gutiérrez Cortina</i>	11
Exposición de motivos <i>Guillermo Soberón Acevedo</i>	15
El Sida en México, la respuesta gubernamental <i>Patricia Uribe Zúñiga</i>	23
El sector privado y su movilización contra la pandemia del Sida <i>José Antonio Izazola Licea</i>	35
Apéndice	
Una actualización sobre el conocimiento acumulado sobre el VIH/Sida: Visión de conjunto <i>José Antonio Izazola Licea</i>	45
Implicaciones económicas de la epidemia del VIH/Sida y racionalidad económica para la prevención <i>Enrique González</i>	97
La respuesta de las empresas al VIH/Sida: Innovación y participación	121

PRESENTACIÓN

Como señala el ingeniero Antonio Gutiérrez Cortina, Presidente del Consejo Directivo de FUNSALUD, en su intervención, en la lucha contra el Sida “*el involucramiento del sector privado se ha desarrollado en los últimos años de manera vigorosa a nivel internacional*”. Con el propósito de compartir con los asociados de la Fundación estos esfuerzos de organización, ofrecer la información más reciente sobre la pandemia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida), conocer las acciones gubernamentales en este sentido y revisar las consecuencias que para el sector privado se derivan, el 12 de marzo del presente año FUNSALUD organizó el foro *El Sida en México: oportunidades de la sociedad civil para disminuir su impacto*. Asistieron a él representantes de cerca de 45 empresas tanto asociadas a FUNSALUD como grupos empresariales interesados en el tema.

En este número de los *Cuadernos FUNSALUD* se ofrece una variedad de puntos de vista acerca de la lucha contra el Sida que corresponden al tramo de responsabilidades que a cada quien le toca, tanto al gobierno y a las organizaciones e iniciativas internacionales, como al sector privado nacional.

El ingeniero Gutiérrez Cortina nos da su opinión como prominente empresario que es y con la visión panorámica que solamente una persona de su experiencia y liderazgo puede mostrarnos. Expresa la necesidad de hacer una reflexión sobre las implicaciones de esta enfermedad; además, advierte que se han de considerar sobre todo los riesgos personales, pero que se requiere tomar en cuenta los efectos adversos en dos sentidos: la alteración de las condiciones para hacer negocios y, fundamentalmente, el compromiso empresarial para contribuir a la mejoría de las comunidades en que están inmersas las empresas.

El doctor Guillermo Soberón, Presidente Ejecutivo de FUNSALUD, explica los motivos de la reunión y plantea algunas interrogantes que

orientarían la reunión: ¿es el Sida un problema de salud pública?; ¿es ahora un problema social?; ¿hay disponibilidad de nuevos recursos para su prevención y control?; ¿afecta a la vida productiva?; ¿tiene efectos negativos sobre la empresa?; ¿qué se puede hacer en el sector privado en contra del Sida? Se refiere también a los esfuerzos a nivel internacional que se han llevado a cabo para la movilización empresarial en contra del Sida mediante el Consejo Mundial Empresarial (Global Business Council) que es una iniciativa de empresas líderes a nivel mundial y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas con el Sida, y The Conference Board, organización que desde su creación en 1916 tiene como fines mejorar el sistema empresarial de los negocios y favorecer la contribución del sector privado a la sociedad.

Corresponde a la doctora Patricia Uribe Zúñiga, Coordinadora General del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) de la Secretaría de Salud, abordar el tema *El Sida en México, la respuesta gubernamental*. En él, la doctora Uribe explica que las áreas de intervención por parte de la Secretaría de Salud son a) la prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal; b) la reducción del impacto individual, familiar y social; c) la movilización y unificación de esfuerzos nacionales y, c) el desarrollo de investigaciones. También da a conocer las acciones tendientes a reducir el impacto de esta enfermedad mediante modalidades de atención, el acceso a tratamientos y actividades para favorecer una cultura de respeto y tolerancia hacia las personas infectadas.

El *Cuaderno* concluye con la participación del doctor José Antonio Izazola Licea, Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre Sida en América Latina y el Caribe (SIDALAC) que desarrolla FUNSALUD como su agencia ejecutiva. Esta iniciativa fue originada por el Banco Mundial, a semejanza de otras que existen en África y Asia, y actualmente forma parte de la estrategia regional del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA), esfuerzo copatrocinado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El doctor Izazola participa con el tema *El Sector Privado y su movilización contra la pandemia del Sida*. De sus señalamientos cabe destacar aquel en que señala que las empresas han de estar atentas a la rápida evolución del VIH/Sida tanto por razones humanitarias cuanto porque incide en la productividad en virtud de la disminución del capital humano calificado, y por la reorientación de recursos económicos hacia otros objetivos. Plantea que se está buscando la participación de un agente social importante como el sector privado debido a su influencia entre sus empleados y la comunidad a la que sirve, pues se ha encontrado que el cambio de comportamientos riesgosos hacia el VIH/Sida puede lograrse mediante la colaboración de este importante agente con una gran influencia social: la empresa. Anota las consecuencias de esta pandemia para las empresas y muestra ejemplos de cómo algunas de ellas ya están involucradas con sus gobiernos y con grupos de voluntarios. Por último, a manera de propuesta ejemplifica las acciones que las empresas en lo particular, y los consejos empresariales, en lo general, pueden llevar a cabo en el combate de la epidemia.

Se incluyen también en el presente *Cuaderno FUNSALUD* dos capítulos del libro *Sida: Estado actual del conocimiento* editado por el doctor Izazola; el primero es su síntesis, “Una actualización sobre el conocimiento acumulado sobre el VIH/Sida: Visión de conjunto”, con el propósito de ofrecer al lector información más amplia sobre los elementos de contexto de este problema de salud mundial; el segundo es el capítulo titulado “Implicaciones económicas de la epidemia del VIH/Sida y racionalidad económica para la prevención”, del licenciado Enrique González, que pueden ser de interés al sector productivo por su temática.

Es importante no dejar de mencionar que hace unos días tuvimos que lamentar la muerte de un connotado luchador científico y social en un accidente aéreo. Por este conducto, FUNSALUD recuerda afectuosamente y expresa su reconocimiento al doctor Jonathan Mann, quien siempre estuvo cerca de México y de nuestra Fundación.

José Cuauhtémoc Valdés Olmedo
Director de Planeación y Desarrollo

EL SIDA EN MÉXICO: OPORTUNIDADES DE LA SOCIEDAD CIVIL PARA DISMINUIR SU IMPACTO

Antonio Gutiérrez Cortina*

El Sida en México, al igual que en el resto del mundo, es una enfermedad relativamente nueva, descrita por primera vez en 1981. Este padecimiento fue caracterizado en aquel entonces en forma anecdótica pues se creía por una parte, propio de ciertas etnias en determinadas regiones geográficas y, por la otra, se pensaba que sólo afectaba a algunas personas de sectores marginados, tales como usuarios de drogas intravenosas, hemofílicos, hombres y mujeres que ejercen la prostitución, y hombres homosexuales.

El Sida se ha convertido en una verdadera pandemia y se ha constatado que cualquier hombre, mujer o niño puede ser infectado por el VIH, para después de varios años, desarrollar el Sida. Se estima que durante 1998 16 mil personas en el mundo se infectarán cada día con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

El Sida no es meramente una enfermedad viral más; es una enfermedad que tiene profundas implicaciones en el desarrollo social y económico de las personas y que, al mismo tiempo, constituye un verdadero reto biomédico.

El doctor Jonathan Mann fue el connotado médico que, en 1985, inició el Programa Global de Sida en la Organización Mundial de la Salud. Él señaló acertada y reiteradamente que, independientemente de quiénes se hayan visto afectados al inicio de la epidemia, serán las poblaciones socialmente más vulnerables las que se verán más afectadas a mediano y largo plazo.

*Presidente de Grupo Opción. Presidente del Consejo Directivo, Fundación Mexicana para la Salud.

La mayor proporción de infecciones por el VIH en América Latina se adquiere por la vía sexual. Esta dimensión añade complejidad en su enfoque debido a que se relaciona con un aspecto considerado íntimo por la mayoría de las personas, y a que responde a las convicciones y valores propios de cada individuo.

Es claro que tanto la abstinencia prematrimonial y la fidelidad mutua son factores decisivos para evitar el contagio de la epidemia, ya que independientemente de que sean prácticas compatibles con las normas morales de un importante sector de la población, deberán ser siempre fomentadas como base fundamental e inequívoca para evitar dicho contagio. Estas son prácticas que, además, requieren de una permanente educación, tanto en el aspecto moral como en cuanto a las verdaderas causas de la propagación del Sida y, por ello, en el convencimiento personal de llevarlas a cabo.

Sin embargo, la realidad nos dice que como consecuencia de una sociedad plural y a la vez ignorante de causas y valores, existe un sector muy importante de la población que ni practica la abstinencia ni tampoco la monogamia mutua total, generando así una tendencia muy importante favorable al contagio del virus.

Nunca se había topado la ciencia con un paralelismo tan grande entre los factores morales y los epidemiológicos tan claramente marcados como en el caso del Sida.

Estas divergencias entre las creencias y los comportamientos de los individuos y la consideración del ser humano como lo que realmente es unitaria e intrínsecamente importante, hacen que en el sector salud las estrategias de prevención deban ser también diferentes, múltiples, enfáticas, y enfocadas a diversos grupos poblacionales.

En un informe reciente del Banco Mundial sobre investigación de políticas en salud, se discuten éstas en función del VIH/Sida y su impacto en la economía y en el desarrollo de los sectores sociales y de los países, así como en función de la necesidad de una acción conjunta en contra de la pandemia. Ahí se argumenta que el bienestar del total de la

sociedad en su conjunto depende del control de la epidemia en los grupos actualmente vulnerables y en riesgo creciente para adquirir o transmitir el VIH.

Sin embargo, el control no debe ser entendido como discriminación y estigmatización. De esta manera, se ha comprobado que las intervenciones coercitivas o carcelarias, producen un mayor incremento de la epidemia.

Una de las autoras del informe arriba citado, la doctora Martha Ainsworth, economista principal en el Banco Mundial, afirma que el VIH/Sida puede analizarse como si fuera otro problema social que amerita una respuesta temprana y decidida para evitar un gran daño a toda la sociedad: si existe un incendio en un barrio en una ciudad, no es posible permanecer impasible bajo el argumento de que los que causaron el incendio fueron descuidados y que por tanto se lo merecen. De hecho hay que apagar estos incendios antes de que se extiendan al total de la población, independientemente de la razón por la cual se iniciaron.

Continuando esta analogía, habrá que reforzar las medidas preventivas en toda la población; sin embargo, la mayor urgencia debe ser en quienes actualmente se infectan con mayor frecuencia. Del control temprano de esta epidemia en donde hoy ocurren las infecciones depende la seguridad y tranquilidad del resto de la población. Al igual de lo que sucede en los incendios, las poblaciones marginadas son quienes más frecuentemente la padecen en forma directa.

Las nuevas proporciones con las que el Sida es visto actualmente hacen obligatoria una reflexión acerca de posibles implicaciones en nuestras vidas, no solamente en cuanto a los riesgos individuales que podamos tener nosotros mismos, sino en las repercusiones que en el sector privado se puedan derivar, en su conjunto, pues son varias las características adicionales que hacen del Sida una enfermedad que deba interesar en forma especial al sector privado:

- 1) Es una infección viral en la cual todo ser humano es susceptible de ser infectado.

2) No existe vacuna disponible para su prevención, ni se prevee tenerla en el corto plazo.

3) Los tratamientos existentes en la actualidad son extremadamente útiles para incrementar la sobrevivencia y eliminar prácticamente cualquier evento negativo en la salud de los afectados por un lustro, aproximadamente. Sin embargo estos medicamentos, llamados anti-retrovirales, no son curativos y son muy costosos.

4) Al ser afectadas fundamentalmente personas en edad de mayor productividad y con mayor capacitación, el impacto económico asociado es de gran magnitud.

El involucramiento del sector privado se ha desarrollado en los últimos años de manera vigorosa a nivel internacional. Las motivaciones para la intervención de nuestras empresas en la prevención del Sida pueden ser múltiples; sin embargo, es indudable que el compromiso empresarial en contra del Sida no sólo obedece a lograr mejores condiciones para hacer negocios sino, sobre todo, a alcanzar la mejoría de nuestras comunidades.

En nuestra participación como asociados de la Fundación Mexicana para la Salud, ha quedado claro nuestro compromiso en la búsqueda de más y mejor salud para la sociedad mexicana. Ahora es tiempo de buscar la mejor manera de contribuir a la salud de los mexicanos, así como mejorar la salud de nuestra planta productiva y nuestra comunidad.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Guillermo Soberón Acevedo*

Al invitarlos a esta reunión, llamamos su atención sobre algunas cuestiones trascendentes en torno al Sida y a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en las que es conveniente insistir en el caso de que no hubiesen sido motivo de su reflexión reciente:

- ¿Es el Sida un problema de salud pública? ¿Es ahora un problema social?
- ¿Hay disponibilidad de nuevos recursos para su prevención y control?
- ¿Afecta a la vida productiva?
- ¿Tiene efectos negativos sobre la empresa?
- ¿Qué podemos hacer en el sector privado en contra del Sida?

Podremos darle respuesta a algunas de estas preguntas durante la reunión del día de hoy, para lo cual, primeramente, quisiera reiterar algunas características acerca del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

Se estima que para finales de 1997, poco más de 30 millones de personas en el mundo viven con infección por VIH; además, han ocurrido un estimado de casi 12 millones de muertes durante la pandemia del Sida, y como parte del impacto de esta epidemia, 8.2 millones de niños y de niñas han quedado huérfanos. Tan solo en 1997 se estima que 5.2 millones de adultos se infectaron con el VIH, y 2.3 millones murieron durante ese año.

*Presidente Ejecutivo, Fundación Mexicana para la Salud

Vale entender la diferencia entre la infección por VIH y el diagnóstico del Sida. El Sida es ya una manifestación de enfermedad es así la etapa final de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana que puede transcurrir por muchos años sin manifestaciones clínicas, pues el tiempo que puede transcurrir entre la infección por el VIH y el diagnóstico del Sida puede ser hasta de 20 años, aún cuando la mitad de las personas infectadas lo hace al cabo de 10 años. De esta forma, aunque no existiesen personas que se infectasen por el VIH a partir del presente año, existirían personas a las que se les diagnosticará Sida en los próximos 20 años.

Expresado en forma distinta, las personas que actualmente están infectadas por el VIH desarrollarán Sida en los próximos años, este incremento en el número de casos implicará una carga adicional a los sistemas de salud del país. En este sentido, no sólo es importante prevenir las nuevas infecciones por el VIH, sino que también deberá prestarse atención a los nuevos casos de Sida que ya se encuentran actualmente infectados.

El Sida afecta a diferentes grupos de acuerdo a la región geográfica. Por ejemplo, en el continente africano y en el Caribe de habla inglesa, afecta fundamentalmente a mujeres, aún cuando la enfermedad está muy distribuida entre hombres y niños también. En el sudeste asiático, afecta a mujeres y hombres jóvenes casi por igual. En Europa y en los Estados Unidos y el Canadá, afecta fundamentalmente a hombres adultos y jóvenes. En América Latina, el mayor número de casos se encuentra entre jóvenes.

Hay que recordar que hasta el momento, no existe un medicamento que cure la infección por el VIH, ni existe un medicamento que cure el Sida. Tampoco existe una vacuna que prevenga de la infección por el VIH. Sin embargo, se han desarrollado múltiples estrategias de tratamiento que alargan la vida saludable y productiva de las personas afectadas. Es decir, aquellas personas que tienen infección por el VIH y todavía no desarrollan el Sida pueden prolongar su vida saludable; aquellas personas a las que ya se les ha diagnosticado Sida pueden también prolongar su vida saludable y retrasar el momento del fallecimiento, hasta por cuatro años en promedio. El costo de brindar atención a los afectados es muy elevado dado el largo período por el cual los pacientes tienen que estar sometidos a

medicamentación, el alto costo de los medicamentos y los componentes ambulatorios, profilácticos y hospitalarios en los que se incurre.

El impacto económico del Sida, tiene otros componentes también, por ejemplo, existe pérdida en la productividad e incremento en los costos de producción derivada de la destrucción de capital humano; los costos asociados a discapacidad en los servicios de seguridad social también se verán incrementados.

El impacto económico a nivel familiar puede ser devastador al tener Sida uno de sus miembros, usualmente el sostén económico; adicionalmente al gasto por atención médica, debe contabilizarse la pérdida de ingreso y de beneficios de la seguridad social al quedar el enfermo desempleado o incapacitado para trabajar.

La fuerza laboral constituye el grupo poblacional que más se ve afectado por el Sida en todos los países del mundo, fundamentalmente por estar compuesto por mujeres y hombres en edad productiva y reproductiva. Sin embargo, en México, por ser eminentemente una epidemia urbana este efecto se ha visto incrementado.

El impacto del Sida en las empresas puede ser cuantificado en cuanto esta epidemia se haya difundido en un país, sin embargo, para cuando llegue ese momento, ya será tarde para efectuar intervenciones preventivas. El VIH/Sida impacta al sector privado mediante costos directos e indirectos. La incapacidad laboral y el reemplazo del personal son los costos más evidentes que conlleva el Sida, sin embargo, otros costos indirectos como productividad disminuida se han documentado cuando la preocupación por el VIH/Sida no se ve contrarrestada mediante programas preventivos específicos.

El sector privado puede ejercer su enorme influencia en su fuerza productiva y de esta manera ejecutar acciones que promoverán el cambio social en beneficio de la sociedad en general. La población empleada tiene con frecuencia mejor escolaridad y mejores habilidades para poder mejorar a sus compañeros de trabajo y a sus familias, mediante las intervenciones de seguridad e higiene en sus empresas. Por su lado, las em-

presas pueden beneficiar a sus trabajadores, al brindar capacitación y al proporcionar a sus empleados las condiciones laborales que sigan las recomendaciones internacionales en materia laboral y VIH.

Finalmente, quisiera relatarles algunas de las acciones que FUNSALUD realiza como parte de los esfuerzos mundiales contra el Sida y señalaré algunas iniciativas globales del sector empresarial.

La Fundación Mexicana para la Salud desarrolla actualmente la Iniciativa Regional para Sida en América Latina y el Caribe (SIDALAC). Este proyecto iniciado por el Banco Mundial, es similar a otras iniciativas regionales en el área del VIH/Sida que se están desarrollando en África y Asia, y ahora forma parte de la estrategia en la región, del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA), co-patrocinado por seis agencias del sistema incluyendo a el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial para la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

Las principales actividades del SIDALAC incluyen el financiamiento de varios proyectos involucrando más de 17 países de América Latina y el Caribe seleccionados mediante un proceso competitivo. Estos estudios han versado sobre las tendencias epidemiológicas del Sida en la región y sobre su impacto económico en el sector salud y en la sociedad en su conjunto.

Asimismo, dado que es uno de los objetivos de la iniciativa la difusión de la información para la toma de decisiones, se han organizado reuniones científicas sobre diversos temas. Por ejemplo, en México se desarrollaron en 1996 dos reuniones, la primera en forma semejante a la del día de hoy con empresarios, y otra bajo el auspicio de El Colegio Nacional, la Academia Nacional de Medicina y FUNSALUD, para analizar el conocimiento existente sobre el tema y la respuesta contra el Sida en nuestro país.*

* “El Sida en México y el mundo: una visión integral”. *Gaceta Médica de México*. Vol. 132, Suplemento No. 1, 1996.

A nivel internacional, también se han desarrollado reuniones de consenso, entre ellas destaca una realizada en Brasil en noviembre del año pasado que movilizó 14 países en demanda de la eliminación de la transmisión de madres a hijos, tanto durante el embarazo mediante el uso de anti-retrovirales como al evitar la lactancia materna sustituyéndola por alternativas nutricionales adecuadas en forma sostenida.

También se han realizado revisiones del estado actual del Sida, basándose en las conferencias internacionales realizadas: en 1996 se revisó la XI Conferencia Internacional sobre Sida llevada a cabo en Canadá, y este año se revisará lo expuesto en la XII Conferencia que se llevará a cabo en Ginebra, Suiza. El producto de esas revisiones se disemina ampliamente y rápidamente en América Latina y el Caribe, mediante las publicaciones de FUNSALUD.*

La lucha contra el Sida es de hecho cada día más compleja y requiere cada vez más de la participación inter-sectorial para su combate. Esta aseveración cobra validez tanto en el ámbito internacional como en los diferentes países en lo individual. Por ejemplo, la decisión del Sistema de Naciones Unidas de reubicar al Programa en contra del Sida en un programa conjunto con el involucramiento de seis de sus agencias es una muestra de esta necesidad. Asimismo, también se ha hecho claro que se requiere de la participación de diversos agentes que tengan ventajas comparativas en la lucha contra el Sida.

FUNSALUD cuenta con ventajas ciertas en la lucha contra el Sida, por lo cual se han cambiado los términos de referencia del SIDALAC para optimizar nuestros esfuerzos en contra de esta pandemia.

* Antonio Izazola Licea (Coordinador). *Sida: estado actual del conocimiento*. Funsalud y Noriega Editores, México, 1996.

_____. *AIDS: The State of the Art*. FUNSALUD y Noriega Editores, México, 1996.

Se ha establecido que SIDALAC promoverá la cooperación técnica horizontal entre los países de América Latina y el Caribe en tres áreas fundamentales:

1. Intercambio y actualización de información relevante para la toma de decisiones, preferentemente a través de una red de comunicación electrónica.

2. Documentación y análisis del impacto económico que el VIH/Sida implica a los sistemas de salud en la región y a la sociedad en lo general.

3. Sensibilización y movilización del sector privado para la prevención del VIH y la adopción de las medidas laborales internacionalmente aceptadas en su combate.

FUNSALUD inicia, pues, estas actividades enfocadas al sector privado en contra del Sida.

A nivel internacional, se han creado múltiples iniciativas que buscan la movilización empresarial en contra del Sida, señalaré dos ejemplos:

El “Consejo Mundial Empresarial” en contra del Sida (Global Business Council) es una iniciativa de empresas líderes a nivel mundial y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el Sida. Este consejo mundial esta presidido por el Presidente de Sudáfrica, el Sr. Nelson Mandela, y las primeras sesiones han sido presididas por Sir Richard Sykes, Director Ejecutivo en Jefe de Glaxo/Wellcome.

El segundo ejemplo corresponde al “The Conference Board”, que es una organización fundada en 1916 con los propósitos de mejorar el sistema empresarial de los negocios y permitir una contribución del sector privado a la sociedad. Esta agrupación cuenta con asociados en 63 países que incluyen la mayoría de los continentes americano, europeo y Oceanía, y algunas regiones de África y Asia. La mayoría de los asociados de esta agrupación (73%) cuentan ya con programas de información y de prevención del VIH/Sida en los lugares de trabajo.

Adicionalmente a las iniciativas internacionales, existen iniciativas nacionales específicas del sector empresarial; entre estas iniciativas destacan la iniciativa en Tailandia, Sudáfrica y Brasil. En estas iniciativas nacionales, se ha buscado una alianza público-privada para revisar las recomendaciones internacionales en materia laboral y Sida (p. ej. la no utilización de pruebas de detección del VIH para selección de personal y despidos), para la búsqueda de las mejores estrategias informativas que mejoren la productividad en las empresas al disminuir el miedo al contagio y la discriminación, y la búsqueda de las mejores estrategias preventivas para evitar que sus empleados y la comunidad en la que inciden adquieran VIH/Sida.

Esperamos que México, pronto pueda mostrar al mundo esfuerzos sinérgicos de su sector privado en la lucha contra la pandemia.

EL SIDA EN MÉXICO, LA RESPUESTA GUBERNAMENTAL

Patricia Uribe Zúñiga*

A. Situación actual del Sida en México.

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del Sida, ONUSIDA, hasta diciembre de 1997 había a nivel mundial 30.6 millones de personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de las cuales habían muerto 11.7 millones de adultos y niños. De los 16,500 personas que diariamente se infectan con el virus en el mundo, se estima que 1,650 corresponden a menores de 15 años y 42% a mujeres.

ESTIMACIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA
DATOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997

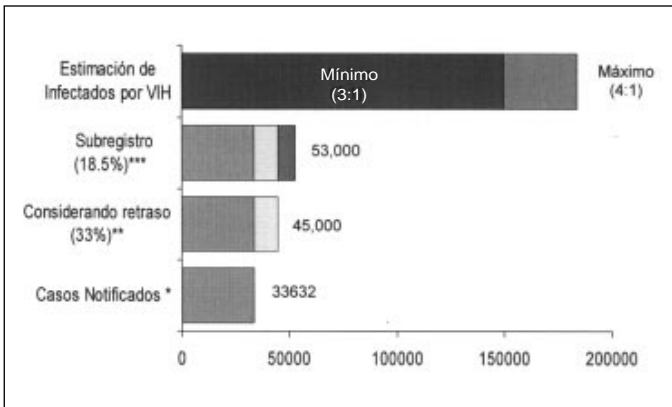


* Coordinadora General del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) de la Secretaría de Salud.

México ocupa el décimo tercer lugar en cuanto al número de casos notificados mundialmente y el tercer lugar en el continente americano; sin embargo, tiene la posición 69 respecto a la tasa de incidencia acumulada a nivel mundial, y el 29° lugar en Latinoamérica y el Caribe, por lo cual está considerado entre los países con tasa de incidencia muy baja.

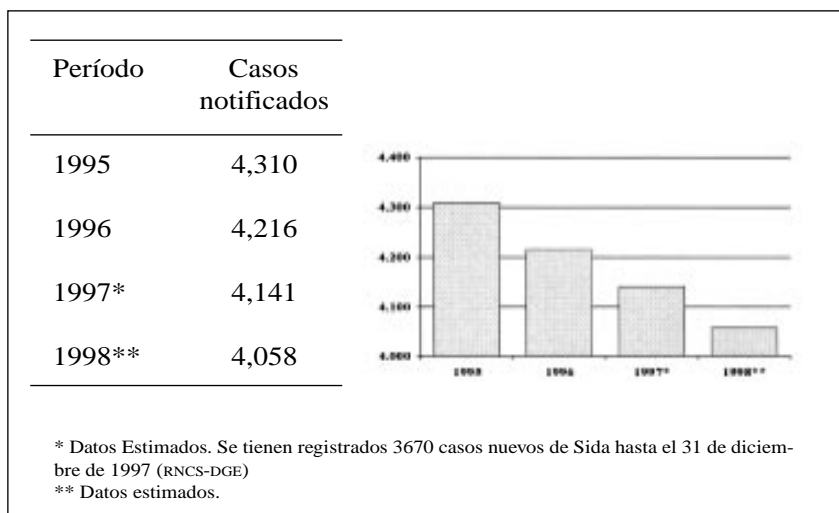
En México se han reportado de manera acumulada desde el inicio de la epidemia 33,632 casos de Sida hasta el 1° de enero de 1998, cifra que, considerando la subnotificación y el retraso en la notificación, aumentaría aproximadamente a 53,000 casos acumulados y de los cuales se encuentran vivos aproximadamente 20,512. Con base en este dato, se calcula que el número de personas infectadas con el VIH podría ser de 200,000 en toda la República Mexicana. Para estimar la prevalencia en la población general en México se toman en cuenta los resultados de la detección del VIH en donadores, las encuestas centinela en embarazadas y la Encuesta Nacional Seroepidemiológica, por lo cual se estima que en el país por cada 10,000 adultos existen 5 infectados, cifra que se encuentra muy por debajo de las prevalencias existentes en algunas comunidades de África que llegan hasta el 30 ó 40% de toda la población.

ESTIMACIÓN DE INFECTADOS Y CASOS DE SIDA
DATOS AL 1 DE ENERO DE 1998



En México se reportan cada año a partir de 1995 un promedio de 4,200 casos de Sida nuevos, observándose un crecimiento constante de esta fecha y una posible tendencia a la estabilización.

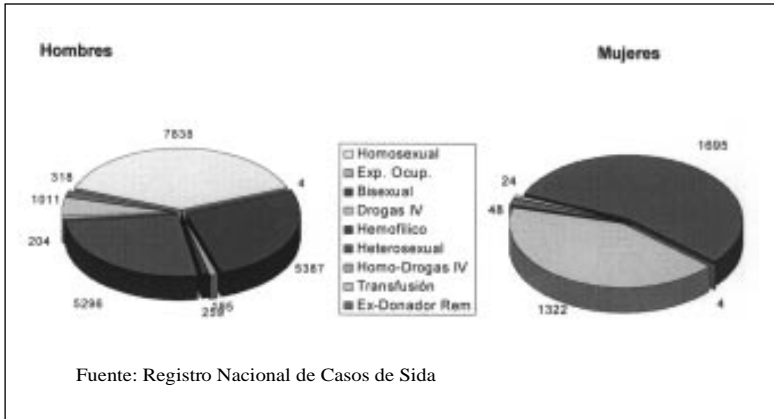
CASOS DE SIDA NUEVOS POR AÑO



Todos los estados de la República Mexicana han reportado casos de Sida, observándose que del número total de casos acumulado 52.7% se concentran en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco. Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el Distrito Federal, Baja California, Jalisco y Morelos. La infección por VIH concentra la mayor parte de sus casos en el grupo etario de 25 a 44 años, en el que el Sida se ha convertido en la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 34 años de edad y la 6ª causa en mujeres del mismo grupo.

Las mujeres corresponden al 14% del total de casos de Sida acumulados, reportándose 4,695 mujeres hasta el 1 de enero de 1998 y 28,937 hombres.

CASOS DE SIDA POR EDAD Y SEXO
DATOS AL 1 DE ENERO DE 1998



El número de casos pediátricos (menores de 15 años) que se ha notificado en México, de manera acumulada, corresponde al 2.6% del total de los casos en el país. De éstos, el 61.7 % se transmitió por vía perinatal, el 23.6 % por vía sanguínea, el 12.7 % son casos de hemofílicos y el 1,9 % por transmisión sexual.

Para monitorear el comportamiento de la epidemia en grupos de la población específicos se realizan permanentemente encuestas centinela en diversas ciudades de la República Mexicana, fundamentalmente en hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas, trabajadoras(es) del sexo comercial, reclusos(as), pacientes con tuberculosis y mujeres embarazadas. Los grupos de la población donde se han encontrado las mayores seroprevalencias a VIH son: en hombres que tienen sexo con hombres (15.6%) y en trabajadores del sexo comercial (0.3%); y entre mujeres reclusas (1.8%).

Existen varios patrones de transmisión en el mundo y subepidemias en cada región o país que se dan de forma distinta dependiendo de la cultura, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación

PROGRAMA DE SIDA/ETS 1997

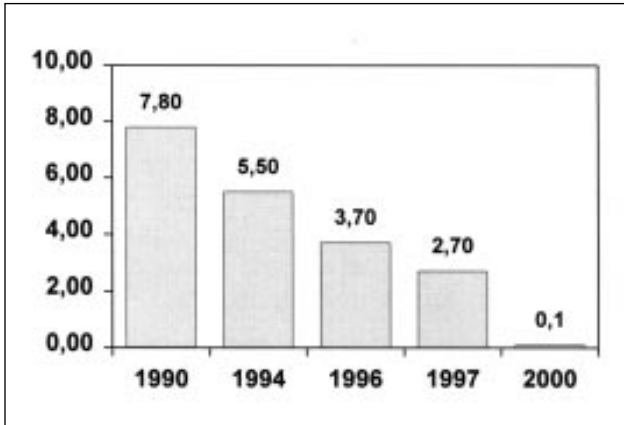
Casos		Centinela	
Totales:	33,632	Estimadores de la población general	
Razón	6/1	• Donadores:	0.04%
Hombre/Mujer:		• Embarazadas:	0.04%
Estimados de casos rurales:	370/o	Estimadores de grupos de riesgo:	
Tasa de incidencia* anual (1996):	4.5	• Hombres que tienen Sexo con Hombres:	15.6%
Tasa de incidencia anual (1997):	4.4	• Trabajadoras del Sexo Comercial:	0.3%
		• Usuarios de Drogas Intravenosas:	3.4%
* Por 100,000 habitantes			

socioeconómica de los involucrados. En nuestro país se han reportado dos patrones polares: uno urbano, que se observa principalmente en las grandes ciudades de la República Mexicana y en la frontera norte, donde todavía se encuentra un mayor porcentaje de casos en hombres y periodos de duplicación más largos; y otro rural con mayor proporción de casos entre mujeres y periodos de duplicación más rápidos, el cual se está presentando en la región Centro y en el Sur del país.

Las tendencias actuales del Sida en México son:

- disminución de los casos por transmisión sanguínea,
- aumento progresivo de los casos por transmisión heterosexual, con un concomitante incremento en el número de mujeres y niños, y
- ruralización del problema.

PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA DEBIDO A TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS



B. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 1997-2000

Como resultado de los avances científicos y tecnológicos de los últimos años, del proceso de descentralización y de reforma del Sector Salud y ante la necesidad de reorientar y fortalecer acciones específicas para la prevención y control del Sida, la Secretaría de Salud, a través de CONASIDA, elaboró el Programa de Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y otras Enfermedades de Transmisión Sexual 1997-2000.

Este programa se constituirá en el documento rector para organizar y coordinar las acciones que diversos sectores realizan en favor de la prevención y control de estas enfermedades y en el que participarán para su cumplimiento, de manera coordinada, todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud a nivel central y estatal. Dicho programa fue el resultado del consenso del Sector Salud, otras organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG's) y personas que viven con VIH/Sida.

El objetivo general de este programa es prevenir y controlar la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) en poblaciones con prácticas de riesgo y entre grupos especialmente vulnerables como los y las adolescentes, las mujeres en edad fértil, los/las migrantes y los/las indígenas. Sus componentes básicos son:

- a) Infección por VIH
- b) Otras enfermedades de transmisión sexual: clásicas (gonorrea, sífilis, tricomoniasis, chancro blando, linfogranuloma venéreo) y de nueva generación (herpes genital, condilomas, clamidia, hepatitis B) .

Las áreas de intervención que realiza el Programa Nacional son:

- Prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal
- Reducción del impacto individual, familiar y social
- Movilización y unificación de esfuerzos nacionales
- Investigación

La prevención de la transmisión, particularmente la prevención de la transmisión sexual y perinatal son subcomponentes fundamentales de este programa, además de las acciones a cargo del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y de los Centros Estatales para la Disposición de Sangre Segura. Para la prevención de la transmisión sexual se establece una coordinación permanente con la Secretaria de Educación Pública a través de intervenciones educativas tempranas reforzando la educación sexual y la información sobre VIH y otras ETS. Se ha diseñado una campaña en medios masivos dirigida a adolescentes y a sus principales referentes, padres y maestros, y se promoverán campañas locales e intervenciones específicas que tomen en cuenta las necesidades, cultura y valores de cada comunidad.

Para fortalecer la prevención de la transmisión perinatal y lograr que disminuya un 50%, se promueve la detección del VIH en forma oportuna voluntaria y confidencial en mujeres embarazadas infectadas y el acceso a medicamentos antirretrovirales.

Las principales acciones que se realizan en el área de la prevención son las siguientes:

A) PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

- Supervisar el cumplimiento de la NOM-003-SSA2-1993
- Fortalecer el sistema de control de sangre a nivel central y estatal
- Informar a la población de las precauciones y normas para el manejo de sangre y sus componentes
- Garantizar que órganos y tejidos utilizados en trasplantes e injertos estén exentos de VIH
- Promover la donación altruista, a donación y la autoexclusión en personas con prácticas de riesgo
- Capacitación del personal de salud sobre las precauciones estándar o universales
- Fortalecer medidas de bioseguridad que impidan la transmisión del VIH
- Colaborar en investigaciones y programas de drogadicción intravenosa
- Fortalecer la educación en la comunidad para reducir el riesgo por punzocortantes

B) PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL

- Sostener acciones educativas para la prevención perinatal
- Difundir recomendaciones para el manejo de mujeres infectadas por el VIH
- Asegurar el acceso a zidovudina a toda mujer embarazada infectada
- Supervisar el cumplimiento de las recomendaciones en toda institución del Sector Salud
- Promover investigación sobre toxicidad, eficacia e impacto de tratamientos en mujeres

C) PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL

- Reforzar la educación sexual de la población
- Incrementar cobertura de acciones educativas y capacitación en prevención de la población
- Plan de medios 1996-2000
- Promover Intervenciones focalizadas en poblaciones específicas
- Involucrar Instituciones del sector educativo

En la reducción del impacto en individuos, grupos y sociedades se enfatiza la importancia de promover un marco de respeto a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/Sida y sus familiares, por lo cual dentro del sector salud se promueven cursos de sensibilización y capacitación permanentes. Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención se difunde en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud la Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/Sida en consulta externa y hospitales, 1997. Asimismo se proponen y evalúan modelos para extender y mejorar la atención integral de las personas afectadas. Las principales acciones realizadas en esta área son:

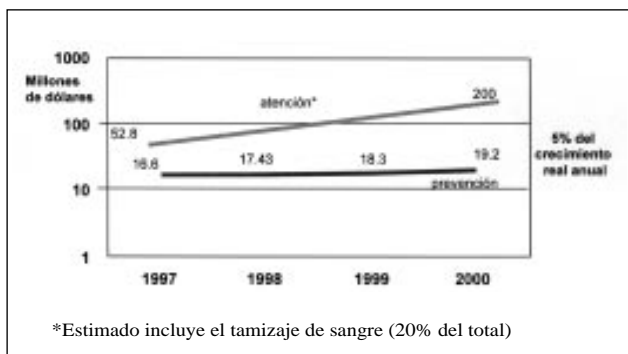
- Integración de una atención médica, psicológica y social
- Consulta externa o de primer nivel especializada para el VIH/Sida
- Atención de segundo a tercer nivel integrado a Hospitales Generales y de Especialidades
- Promover la atención ambulatoria
- Fortalecer la participación del Individuo, familiares y amigos en las decisiones
- Promover la atención domiciliaria
- Incrementar cobertura de servicios de detección del VIH, consejería y confidenciales
- Mejorar los servicios de diagnóstico, manejo y tratamiento integral
- Mejorar los servicios de asistencia social

- Capacitar y difundir la nueva Guía para la Atención Médica de personas que viven con VIH/Sida
- Identificar prioridades terapéuticas
- Valorar el costo importación-producción
- Diseñar estrategias nacionales
- Educación del personal de salud y personas que viven con VIH/Sida
- Promover colaboración gobiernos-industrias
- Sensibilizar al sector privado para donaciones
- Establecer fondos de financiamiento
- Reforzar estrategias educativas para una cultura de respeto y tolerancia
- Garantizar los derechos humanos de personas infectadas
- Revisar, analizar y propone modificaciones legislativas
- Promover y supervisar las aplicaciones de la NOM-010-SSA2-1993
- Fortalecer el área de derechos humanos

Es muy importante encontrar un equilibrio entre los recursos que se asignan a la prevención y los asignados a la atención de las personas ya afectadas por el VIH. El alto costo de los medicamentos anti-retrovirales ha replanteado las propuestas y alternativas de atención que se pueden proponer en el sistema de salud de nuestro país. En México se encuentran cubiertos actualmente aproximadamente el 50% de las personas que tienen Sida a través de las instituciones de seguridad social y a iniciativa del Secretario de Salud se ha propuesto una alternativa para aumentar el acceso a los antirretrovirales de las personas que no cuentan con seguridad social ni recursos para costear estos medicamentos. Este proyecto es conocido como FONSIDA AC cuyo principal objetivo es recaudar fondos a partir del compromiso de diversos sectores de la sociedad para la atención de esta problemática. El proyecto FONSIDA AC será presentado oficialmente el febrero de este año e iniciará sus acciones en el segundo trimestre de 1998 con la cobertura del 100% de los menores de 15 años y las mujeres embarazadas afectadas por el VIH.

De manera paralela a este proyecto, es fundamental fortalecer las campañas e intervenciones para la prevención del VIH/Sida, para evitar el aumento de casos nuevos de infectados por VIH.

GASTO PÚBLICO EN PREVENCIÓN* Y ATENCIÓN DE VIH/SIDA



En la coordinación y unificación de esfuerzos nacionales en la lucha contra el VIH/Sida se integrarán acciones para prevenir y controlar otras enfermedades de transmisión sexual como la sífilis (en especial sífilis congénita), gonorrea, tricomoniasis, herpes genital, condilomas, entre otras.

La coordinación institucional, territorial, interinstitucional e intersectorial es fundamental para lograr los objetivos planteados en el Programa, para lo cual se estableció el Grupo Técnico Interinstitucional que contribuirá en el desarrollo de acciones de prevención, atención y vigilancia epidemiológica. Asimismo, se incluirá de manera permanente la opinión de organizaciones no gubernamentales y de personas que viven con VIH/Sida en la planificación y ejecución de las actividades.

Para favorecer la descentralización se asesorará, capacitará y supervisará continuamente a los responsables de los programas estatales de prevención y control del VIH/Sida y se fomentará la participación municipal y jurisdiccional de los mismos.

En resumen, en la lucha por la prevención en contra de la infección por VIH, es fundamental la participación del gobierno, las organizaciones civiles, la comunidad y de gran importancia la colaboración de las empresas privadas, grandes o pequeñas.

EL SECTOR PRIVADO Y SU MOVILIZACIÓN CONTRA LA PANDEMIA DEL SIDA

José Antonio Izazola Licea*

En esta ocasión reafirmaré lo expuesto por los excelentes oradores que me antecedieron en el uso de la palabra. Es difícil agregar algo más a lo ya expresado, por lo que de antemano les pido paciencia si algunos de los puntos que trataré son reiterativos.

Como ha quedado claro, el Sida es un problema que se ha presentado en épocas recientes y continúa creciendo. Sin embargo, y a diferencia de la primera mitad de la década de los ochenta, ya hemos aprendido cómo contender con esta pandemia.

En mi opinión, el mayor aprendizaje a nivel mundial radica en el establecimiento de áreas de mayor ventaja comparativa en las instituciones y organizaciones existentes, mediante la construcción de sociedades colaborativas fructíferas.

Durante la relativamente breve historia del Sida en México hemos aprendido cómo a través de la colaboración entre entidades gubernamentales y la sociedad civil, y con el liderazgo del doctor Guillermo Soberón cuando dirigía la Secretaría de Salud, se controló la transmisión del VIH por la vía sanguínea. Hemos aprendido también que el control de la transmisión del VIH de mujeres infectadas a sus hijos es factible técnicamente con el uso de anti-retrovirales durante el embarazo y el parto, así como con la sustitución de la leche materna por otras alternativas nutricionales adecuadas.

*Coordinador Ejecutivo, Iniciativa Regional sobre Sida en América Latina y el Caribe (SIDALAC), Fundación Mexicana para la Salud

La vía de transmisión predominante en nuestro país y el resto del mundo es la vía sexual. A todas luces, el control de la transmisión del VIH por esta vía es muy complejo y delicado puesto que requiere de enfoques respetuosos de lo que podemos considerar la parte más íntima de los individuos, las parejas y las familias.

Sin embargo, la lucha contra el Sida no comprende sólo actividades preventivas; abarca igualmente el suministro adecuado de tratamiento de acuerdo con las innovaciones tecnológicas y las posibilidades económicas de nuestras sociedades, y en forma importante incluye también evitar la discriminación y el respeto a los derechos de los individuos.

Considerar al Sida exclusivamente como un problema de salud es, en el mejor de los casos, una apreciación incompleta del problema. Actualmente el Sida es una amenaza para el desarrollo, un lastre económico para los sistemas de salud, para la seguridad social, y también para el sector productivo de cualquier país.

Las empresas deben estar atentas a la rápida evolución del VIH/Sida ya que éste incide en la productividad por la disminución de capital humano y la distracción de recursos económicos hacia otros objetivos. De esta manera, el sector productivo o privado debe ocuparse del Sida no solamente por razones humanitarias o filantrópicas sino también por cuestiones de productividad.

La búsqueda de iniciativas de colaboración en la lucha contra este mal no debe traducirse en aportaciones monetarias de las empresas a organizaciones, gubernamentales o no, que se dediquen a este asunto; tampoco radica en la transferencia de la responsabilidad social conferida a las autoridades sanitarias. Es, más bien, buscar la solución a través de la actuación de uno de los agentes sociales más poderosos en nuestro país: el sector productivo.

Como ya se ha expuesto, la influencia de la empresa entre sus empleados y la comunidad es de gran impacto. Las lecciones que se han aprendido para el cambio sostenido de comportamientos riesgosos hacia el VIH/Sida se fundamentan en los agentes de mayor influencia social. El

empleo es un factor común para los ciudadanos de cualquier país, y contar con ambientes adecuados para la promoción de la salud es cada vez más frecuente entre las economías más competitivas.

Estudios realizados en África del Sur y África Oriental por la Fundación Médica y de Investigación Africana y el Proyecto de Control y Prevención contra la Infección por el VIH de Estados Unidos, señalan que la epidemia del VIH/Sida resulta en:

1. La pérdida de personal con experiencia, particularmente en el nivel gerencial medio y de obreros calificados.
2. El incremento en los recursos necesarios para la contratación y capacitación de personal de reemplazo.
3. Aumento del ausentismo y de los tiempos de entrega.
4. Descenso de la productividad.
5. Incremento en los costos de salud, así como en el tamaño del cuerpo de salud de las empresas, los pagos por seguros médicos, seguros de vida y por incapacidad

Existen, asimismo, otros indicadores macroeconómicos que resaltan la importancia económica del Sida. McGraw Hill ha predicho que para el año 2000, el impacto económico mundial del Sida será equivalente al 4% del Producto Interno Bruto de Estados Unidos o del tamaño de la economía de la India. Para las compañías que operan en el mercado global, el VIH/Sida tiene costos que pueden ser microeconómicos, y afectar a las comunidades y negocios que las nutren, o macroeconómicos.

Estos hallazgos, de acuerdo con Sir Richard Sykes, Director Ejecutivo en Jefe de Glaxo/Wellcome, indican que las compañías deberían iniciar, por lo menos, programas educativos sobre VIH en el lugar de trabajo.

Como ha señalado el doctor Soberón, mundialmente existen múltiples ejemplos de lo que el sector privado está haciendo para el control

del Sida. En el realizado por The Conference Board, reseñado por el doctor Soberón, se establece que casi las tres cuartas partes (73%) de las empresas estudiadas en 14 países tienen programas encaminados a proteger a sus empleados y a sus comunidades del Sida.

Las razones principales de estas acciones contra el VIH/Sida son:

1. El bienestar de los empleados que tienen VIH/Sida (46%).
2. La seguridad en la empresa y la prevención de enfermedades en general (34%).
3. Las implicaciones legales, que incluyen demandas judiciales potenciales y el cumplimiento de reglamentaciones laborales (24%).
4. Costos de la atención médica (16%).

Estos datos muestran que hasta la fecha, la preocupación central de las empresas ha sido proteger a los trabajadores del VIH.

Sin embargo, el éxito de las empresas depende de la salud de una población mayor que la que representan sus empleados. Son múltiples los factores sociales que pueden impactar en el ambiente comercial. Siempre que sea conveniente, las empresas deberán participar en iniciativas de salud pública con los sectores público y social. El VIH/Sida no es, ni debería ser la excepción.

Son muchas las empresas que ya están involucradas en iniciativas mutuamente benéficas con gobiernos y grupos voluntarios. Entre estos ejemplos destacan:

- *Iniciativas Comerciales.* O de mercadeo relacionado con una causa (cause related marketing), que incluyen recaudación de fondos y eventos de educación pública. Por ejemplo, en Estados Unidos la ginebra Tanqueray Gin desarrolló una estrategia de mercadeo sumamente efectiva al vincular el reconocimiento de la marca con la educación sobre VIH/Sida, a través de patrocinio y promoción del producto. En 1996 auspició

uno de los sucesos más grandes de recaudación de fondos en Estados Unidos, que ascendió a 25 millones de dólares.

- *Iniciativas de Inversión Social.* Estas iniciativas involucran la educación para la promoción de la salud en comunidades cercanas a las instalaciones de las empresas o entre el público objetivo de productos particulares. En África, Lonhro tiene un programa de educación entre iguales en el que los empleados se ofrecen como voluntarios para asistir a foros comunitarios, por ejemplo las cantinas, para dar consejos acerca de los riesgos de la infección por VIH y cómo evitarlos.

- *Iniciativas Filantrópicas.* Muchas empresas han proporcionado equipo o asistencia financiera o técnica a grupos de caridad o voluntarios. Un elemento clave de un Programa de Glaxo-Wellcome, llamado Acción Positiva, es trabajar con organizaciones de VIH/Sida a niveles mundial y nacional para incrementar la eficiencia en el suministro de sus servicios a través de la capacitación. Otras compañías como IBM o Apple han contribuido con millones de dólares en equipo y asistencia técnica.

Vincular una marca comercial con programas de información y sensibilización sobre el VIH puede mejorar el desempeño mercantil del producto entre el público al que se dirige, al diferenciarlo de sus competidores y elevar el perfil de la compañía. Aún más, el proceso de identificación de los grupos voluntarios con los que se podría trabajar puede incrementar la comprensión de las características individuales de los clientes que forman su mercado, así como mejorar la imagen corporativa de la empresa. MTV y Levi's son dos empresas que constituyen un ejemplo en estos rubros.

- *Participación en consejos empresariales nacionales.* Algunos de los países que con mayor éxito han controlado la epidemia tienen un consejo empresarial nacional contra el Sida. Los mejores ejemplos de esto son Tailandia, Sudáfrica y Brasil.

En estos países los consejos empresariales tienen como principales metas:

a) El aprendizaje de las experiencias de sus pares empresariales dentro y fuera de sus países.

b) Servir como plataforma para la difusión de informes de investigaciones de vanguardia y estudios de la respuesta corporativa contra el VIH/Sida, y dar a conocer así las lecciones aprendidas y las “mejores prácticas internacionales” en el área.

De esta forma, los consejos empresariales nacionales contra el Sida son un catalizador para expandir las acciones contra el Sida en el sector privado, como respuesta directa a las necesidades de sus miembros y en coordinación con otros organismos nacionales e internacionales, públicos, privados y comunitarios.

• *Participación en el Consejo Empresarial Mundial contra el Sida.* Como ya lo mencionó el doctor Soberón, en 1997 se creó el Consejo Empresarial Mundial contra el Sida, que presiden en forma honoraria el presidente sudafricano Nelson Mandela y Sir Richard Sykes de Glaxo-Wellcome.

El Consejo estará integrado por 12 a 15 prestigiadas empresas profundamente comprometidas con la causa del VIH/Sida. Los miembros actuales son Cargill, Edelman Communicatins, The Financial Times, Glaxo/Wellcome, Industrias Villares, Levi Strauss, London International Group, MRV y Telepar. Las sesiones del Consejo tienen lugar, vía satélite, en el Foro Económico Mundial, en Davos cada año.

Las responsabilidades de las empresas miembros del Consejo son:

a) Empezar acciones afirmativas y visibles para ayudar a sus clientes, empleados y a las comunidades en donde trabajan para enfrentar los retos que plantea la epidemia del VIH/Sida.

b) Cooperar con sus colegas en proyectos que involucren una respuesta nacional y local contra el VIH/Sida, incluyendo la formación de consejos empresariales nacionales contra el Sida.

c) Aconsejar a ONUSIDA sobre los intereses del sector privado y sus preocupaciones en materia de formulación de políticas.

En resumen, ¿qué se puede hacer desde el sector privado en contra del Sida?

1. Acciones de las empresas en lo individual.

- Estimación del impacto económico potencial en sus empresas.
- Revisión de las recomendaciones internacionales sobre acuerdos laborales y VIH/Sida. Por ejemplo, no discriminar en el empleo; no utilizar pruebas de tamizaje para selección de personal; cobertura de servicios médicos a los empleados, etcétera.
- Implantación de programas preventivos entre sus trabajadores.
- Participación en acciones con la comunidad contra el Sida a través de iniciativas de mercadeo asociado a una causa, de inversión social o filantrópicas.

2. Acciones por parte de los consejos empresariales contra el Sida.

- Nacionalmente: participar en la formación de un Consejo Empresarial Mexicano contra el Sida.
- Mundialmente: buscar una candidatura para participar en el Consejo Empresarial Mundial contra el Sida.

APÉNDICE

UNA ACTUALIZACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO ACUMULADO SOBRE EL VIH/SIDA: VISIÓN DE CONJUNTO*

José Antonio Izazola Licea**

INTRODUCCIÓN

La aparición del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida) fue descrita por vez primera en 1981 en los Estados Unidos de América, y a diferencia de otras enfermedades recientes (como el ébola) ha tenido una rápida diseminación y un gran impacto social.

El Sida es la fase final de una infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que puede tomar de 5 a 20 años en manifestarse una vez que los individuos han sido infectados¹. A partir de la aparición de la inmunodeficiencia y su manifestación en enfermedades “oportunistas” o en neoplasias, los individuos pueden sobrevivir dos años aún sin terapia antiretroviral o profiláctica. La sobrevida puede incrementarse en cantidad y en calidad a través de terapéuticas disponibles actualmente².

La pandemia del Sida está compuesta por diversas epidemias más localizadas, que tienen una dinámica propia, y que, al guardar similitudes de acuerdo a regiones, pueden caracterizarse como patrones epidemiológicos. Inicialmente se pensó que estos patrones eran explicados fundamentalmente por diferencias en el comportamiento sexual y por el uso de agujas y jeringas compartidas durante la aplicación de drogas intravenosas. Sin embargo, ahora se plantean hipótesis adicionales para

*Reimpresión del Capítulo I “Visión de Conjunto” en “Sida: Estado actual del conocimiento”, José Antonio Izazola Licea, editor. Editorial Limusa, sa de cv, México, 1996.

**Coordinador Ejecutivo, Iniciativa Regional sobre Sida en América Latina y el Caribe (SIDALAC), Fundación Mexicana para la Salud

su explicación; por ejemplo, la transmisión diferencial de acuerdo a los diferentes sub-tipos del VIH³. También se han notado diferencias en la composición de las epidemias de acuerdo a la adopción de medidas preventivas eficaces en forma temprana, tanto en transmisión sexual como sanguínea del VIH.

El Sida ya tiene un lugar en la historia, no sólo debido a su gran impacto negativo en la salud sino por retrocesos en las ganancias en la sobrevivencia infantil en algunos países. En efecto, parte de su complejidad radica en que involucra el comportamiento sexual como una de las vías de transmisión del VIH, siendo que ésta es un área considerada como íntima y sujeta a valoración moral por algunos. La aparición del Sida ha puesto de manifiesto algunos procesos que socialmente influyen en la historia de las sociedades; por ejemplo, la estigmatización de pacientes con enfermedades terminales, crónicas o desfigurantes, como la peste, la lepra, la sífilis, y ahora el Sida. El miedo a verse afectado hace a algunos negar el problema y señalarlo como problema de otros, obligando frecuentemente a que se tomen decisiones en condiciones que nos son óptimas.

Ejercicios de proyección de la pandemia del Sida, muestran una tendencia de crecimiento acelerado en poblaciones marginadas. De esta forma, resulta meramente incidental cuáles fueron los grupos inicialmente afectados: esta epidemia, una vez madura, invariablemente crece con mayor rapidez entre poblaciones vulnerables que han sido tradicionalmente marginadas económica o socialmente⁴, y se convierte en una endemia de transmisión heterosexual, solamente acelerada por la falta de poder de las mujeres en su relación de igualdad con los hombres, y matizada por la discriminación hacia otros grupos como indígenas, homosexuales, viudas, huérfanos, etcétera.

En 1996 los adelantos científicos permitieron plantear por primera vez la hipótesis de control de la infección por el VIH mediante antirretrovirales eficaces; sin embargo, éstos serán accesibles para una minoría de personas, fundamentalmente en los países industrializados, mientras que serán prácticamente inalcanzables para la mayoría de infectados en los países en vías de desarrollo, donde ocurren actualmente 9 de cada 10 infecciones por el VIH. Esta situación es poco distinta a otras al-

ternativas eficaces de prevención de la transmisión perinatal mediante el uso de antiretrovirales alrededor del parto. El control de bancos de sangre ha demostrado su utilidad cuando se ha contado con los recursos suficientes para su implantación; sin embargo, queda claro su gran costo e impacto económico a los sistemas de salud. La probable aparición futura de una vacuna también podría poner en evidencia la desigualdad entre individuos y países; nuevamente, sólo aquellos con los medios económicos suficientes podrán contar con esta herramienta preventiva.

La prevención de la transmisión sexual del VIH se basa en una modificación del comportamiento; ahora queda claro que la participación comunitaria es imprescindible para el cambio sostenido necesario para alterar significativamente la epidemia del Sida, proceso ligado al desarrollo democrático de las sociedades.

El continuo crecimiento de la pandemia, además del cambio en la composición de los afectados, hace que ahora algunas personas quieran enfrentar al Sida como un problema endémico, tan aceptable como la malaria o la desnutrición, en tanto sea considerado ajeno. A menos que se ejerza una intensa y bien dirigida estrategia para la prevención y el control de la infección por VIH, y se brinde adecuada atención integral a los infectados, el impacto social y económico que el Sida imponga a los sistemas de salud y en general a las sociedades, será cada vez mayor. Efectivamente, las autoridades de salud deben plantear un combate eficaz contra el Sida, tanto preventivo como curativo como parte del derecho a la protección a la salud; sin embargo, la forma más eficiente no necesariamente deberá contemplar el pago directo de los gobiernos de estas actividades.

Ante el avance de los descubrimientos científicos y tecnológicos acerca del VIH y del Sida, de su patogenia y formas eficaces de contender contra él, la pregunta de mayor importancia ya no es acerca de la factibilidad de estos descubrimientos, sino sobre cómo hacerlos accesibles a las poblaciones que más los necesitan. La pregunta ha dejado de estar únicamente en la esfera científica y tecnológica, ahora es una pregunta económica en tanto existen recursos escasos y política al tratar de decidir quién pagará por el tratamiento de los pobres o de los no asegurados.

Los costos del VIH/Sida, al distraer recursos escasos en los países en desarrollo, caracterizados por escasez de capital, es un asunto de gran importancia en el debate sobre desarrollo económico de los países de América latina y el Caribe. La escasez de recursos económicos, a su vez, hace imperativo definir prioridades en las acciones gubernamentales. Ha quedado claro que la prevención de la infección por VIH debe ser suficientemente financiada, probablemente con fondos públicos, puesto que resulta una intervención costo. Las intervenciones terapéuticas, a pesar de no ser consideradas costo-eficientes, deben llevarse a cabo de acuerdo a los arreglos de seguridad social vigentes en cada país; la población no-asegurada, sin embargo, es la que queda desprotegida bajo estos esquemas. Los cambios en la eficacia de los tratamientos antiretrovirales o profilácticos en relación al Sida han sido dramáticos y frecuentes. De esta forma, los estudios costo-eficiencia o costo-efectividad de tratamiento pierden vigencia consecuentemente. La mayor efectividad de tratamientos antiretrovirales múltiples que incluyen inhibidores de proteasas, ha producido un incremento en los costos de tratamiento aceptable para el Sida, pero también se han modificado radicalmente los resultados obtenidos con los nuevos esquemas terapéuticos. Por lo anterior, se deben evaluar nuevamente las estimaciones de la razón costo-efectividad, para poder utilizar adecuadamente esta información en el proceso de dar prioridad a acciones con fondos públicos en un contexto de recursos escasos y múltiples necesidades.

ASPECTOS VIROLÓGICOS Y CLÍNICOS DEL VIH

GENERALIDADES DEL VIRUS

Para las fechas de diagnóstico de los primeros casos de Sida en América latina, poco era lo que se conocía de la enfermedad. Aún no se identificaba el agente causal, a pesar de que ya se describían brotes de Sarcoma de Kaposi y Neumonía por pneumocystis carinii en hombres homosexuales y bisexuales con múltiples parejas^{5,6}, y se notificaban casos en parejas de heterosexuales, en infantes, y en hemofílicos y receptores de múltiples transfusiones sanguíneas. Estos estudios sustentaron las hipótesis de transmisión sexual, sanguínea y perinatal del VIH^{7,8,9}, úni-

cas formas eficientes de transmisión que, hasta la fecha, se ha comprobado que existen.

El VIH es un retrovirus de la familia de los lentiviridae, los cuales fueron descritos inicialmente en patologías de felinos y bovinos. El primer retrovirus descrito en humanos fue el HTLV-I en forma asociada a un tipo de leucemia de células T en adultos. De esta forma, el advenimiento de la tecnología para identificar, aislar y caracterizar los retrovirus en la década de los setentas permitió la pronta descripción del agente causal del Sida, así como el relativamente temprano desarrollo de métodos de diagnóstico y detección de la infección por VIH.

Una de las características del VIH que ha implicado mayor dificultad para el descubrimiento de vacunas, posiblemente el desarrollo de resistencia viral y que seguramente tendrá repercusión en el futuro de la epidemia y en el diseño de estrategias encaminadas a su control, es el hecho de que el VIH tiene una gran variabilidad genética y una alta mutabilidad.

Hasta la fecha, se han descrito dos tipos de VIH, el tipo 1 y 2. El VIH-1 tiene, por lo menos, 10 variantes o subtipos virales diferentes a nivel mundial que son denominados con letras, de la A a la I, y el grupo O. Estos subtipos presentaron un patrón regional al inicio de la epidemia y ahora se han diseminado. Así, en Brasil y Argentina se han descrito los subtipos B, F y C, en México el B, F y D, y en Cuba básicamente el B. Aparentemente la transmisión del VIH es diferencial por sub-tipo, con predominancia de los subtipos E y C para transmisión heterosexual y de B para transmisión homosexual y por drogas intravenosas. El VIH-2 tiene, aparentemente, una evolución más benigna que el tipo 1 y posiblemente previene su infección en forma cruzada. Para poder enfrentar de mejor manera la epidemia del Sida, será necesario conocer los subtipos y las características de las variantes virales que circulen en nuestras poblaciones. Aun cuando hasta la fecha las técnicas disponibles para el diagnóstico de infección por VIH (p. ej. ensayos por liga enzimática, ELISA, y técnicas de Western Blot) se consideran como herramientas diagnósticas de alta precisión, es importante establecer si la variación viral afecta el desempeño de estos estudios¹⁰.

VACUNAS¹¹

A pesar de todos los conocimientos adquiridos en los últimos años acerca del VIH, aún no existe una vacuna efectiva disponible. Este hecho está relacionado a las dificultades inherentes al VIH que no se habían encontrado anteriormente al desarrollar vacunas en contra de otros agentes virales.

De acuerdo a la variabilidad encontrada en el VIH, las vacunas deberán ser dirigidas a los sub-tipos específicos circulantes en las poblaciones que se intente proteger, y muy probablemente deberán ser polivalentes contra varios sub-tipos del VIH. Debido a la ausencia de modelos animales adecuados y a los resultados de estudios fase I y II en humanos se debe proceder con estudios fase III para probar su eficacia.

Múltiples obstáculos aparecen en la lista de problemas por resolver antes de tener una vacuna disponible para su uso no experimental. Primero, deberá transcurrir un período de 5 a 10 años para evaluar si la vacuna efectivamente tiene un efecto protector, y que no se ha inducido la enfermedad con la vacuna. Dicha evaluación, a su vez, deberá tener un diseño estadístico que contemple la adopción de medidas preventivas, que por ética deben promoverse en poblaciones expuestas que se encuentren bajo un protocolo de investigación. Para ejemplificar esta situación, una vacuna debe evaluarse donde existan altas tasas de incidencia para poder detectar diferencias significativas entre los vacunados y los no vacunados; éticamente deberá promoverse la adopción de sexo seguro o uso de condón en estas poblaciones expuestas, lo cual reduce la diferencia en las incidencias de infección entre la población vacunada y la no vacunada, complicando, por tanto, el proceso de evaluación de la efectividad de las vacunas. Adicionalmente, habrá que tomar en consideración los sub-tipos circulantes y la especificidad de dichas vacunas.

Ya se han iniciado los estudios que toman en cuenta la ruta de infección del VIH. Así, aún cuando no se ha establecido la importancia de la inmunidad en mucosas, es probable que independientemente del tipo de vacuna que se utilice, se debe impedir la infección a través de estas rutas. Informes recientes de las nuevas vacunas de DNA, actualmente bajo evaluación, producen adecuada respuesta en mucosa mediada por IgA¹⁰.

Además de la complejidad en el desarrollo de vacunas, continúa existiendo un vacío acerca de los parámetros inmunológicos que correlacionan con protección. Es necesario entonces, contar con nuevas metodologías de evaluación cuantitativa de la función inmunológica celular para valorar la eficacia de las vacunas.

Al principio de la epidemia, cuando se describió al VIH como el agente causal del Sida, se produjeron falsas expectativas acerca de un pronto descubrimiento de una vacuna y se pronosticaba, erróneamente, el fin de la epidemia. Grupos poblacionales en los que se había logrado un cambio de conducta significativo en la adopción de sexo protegido, pronto olvidaron estas prácticas para dar lugar a un nuevo pico epidémico, por ejemplo, entre hombres homosexuales y bisexuales en los Estados Unidos¹².

Adicionalmente, se ha reconocido que la mera disponibilidad de una vacuna no sería capaz de contener a la epidemia. Aún cuando una vacuna estuviese disponible para su aplicación de campo actualmente, se enfrentarían problemas prácticos que impedirían accesibilidad y utilización con suficiente cobertura para limitar el problema de la infección por VIH.

Los costos, la eficacia, y la aceptación de la vacuna podrían limitar seriamente su utilización como ocurre con otras vacunas disponibles hace varios años, tales como las de sarampión, tétanos y hepatitis. La solución al crecimiento del VIH/Sida por medio de una vacuna será más viable en países donde se cuente con recursos financieros para garantizar una cobertura adecuada.

TRATAMIENTO¹³

Durante 1995 y 1996 se han descrito importantes hallazgos en cuatro áreas clínicas: infección primaria por VIH, marcadores virológicos de pronóstico y eficacia terapéutica, tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas y terapia antiviral¹⁴:

- El manejo y la patogénesis de la infección primaria por VIH han sido objeto de mayor atención en vista de la evidencia cada vez mayor del efecto benéfico del tratamiento antiretroviral tempranamente sobre el curso posterior de la misma, con lo cual se pudiera recomendar la detección de individuos en etapa primaria de infección por VIH, aún antes de que ocurriese un daño inmunológico. Esta perspectiva, sin embargo, todavía se está debatiendo, debido, entre otras causas, a los efectos secundarios de los antiretrovirales, el desarrollo de resistencia viral y el alto costo que tendría el mantenimiento de este tipo de terapéutica con antiretrovirales por tiempo prolongado.

- En los últimos años se han desarrollado métodos para medir esta replicación viral con enorme precisión. Estos métodos, que incluyen la detección de ácidos nucleicos virales en forma cuantitativa en plasma, se han evaluado como predictores de la evolución a largo plazo del enfermo infectado por VIH. La medición cuantitativa de ácidos nucleicos virales en plasma (carga viral) permite discriminar en forma muy precisa entre grupos de pacientes cuya velocidad de progresión será muy diferente a largo plazo. La medición de la carga viral también se ha utilizado como medida de eficacia del tratamiento antiviral. Varios estudios han demostrado que la modificación en la carga viral que ocurre con dicho tratamiento se asocia con un cambio en el pronóstico, y por tanto la carga viral se puede usar como un marcador de eficacia del tratamiento antiviral. Las recomendaciones actuales del manejo del paciente con infección por VIH incluyen el uso de antirretrovirales potentes y monitoreo de su eficacia por medio de mediciones de la carga viral.

- En cuanto a infecciones oportunistas, se ha avanzado en la evaluación de nuevos esquemas de profilaxis contra diferentes infecciones oportunistas con especial énfasis en el análisis de costo-eficacia. Las tendencias en profilaxis de infecciones oportunistas sugieren el uso de medicamentos útiles para varias infecciones, como por ejemplo el trimetoprim con sulfametoxazole para neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP) y para toxoplasmosis. Asimismo, se han publicado brotes de tuberculosis con gérmenes multiresistentes en hospitales de varias partes del mundo, con lo cual, se recomienda el uso de múltiples antifímicos, cuyas combinaciones se encuentran bajo evaluación en seropositivos. Es

de notar que se intenta simplificar la administración de medicamentos, mientras que el uso de múltiples tratamientos profilácticos con complicados esquemas de administración solo disminuyen la adhesividad a los esquemas terapéuticos.

- En relación al tratamiento antiviral contra VIH, existen actualmente ocho drogas aprobadas en los Estados Unidos para uso en pacientes con infección por VIH. Estas son los análogos de nucleósidos: AZT, DDI, DDC, D4T y 3TC; y los inhibidores de proteasas: ritonavir, indinavir y saquinavir. Otras drogas están en fases avanzadas de evaluación como los inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos, como la nevirapina, la delarvidina, y otros inhibidores de proteasas. Con base en los resultados sobre marcadores virológicos que se han correlacionado con efectos clínicos benéficos, el uso de una combinación de antivirales es ahora la práctica recomendada. El uso de monoterapia debe desalentarse. Los principios de terapia antiviral actual deben basarse en lograr supresión virológica máxima, por el máximo tiempo posible e iniciando lo más pronto posible. En las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Sida, publicadas en julio de 1996, se pone énfasis en el uso de carga viral como medida de eficacia de medicamentos antivirales, así como para decidir el inicio de ésta. Varios esquemas en combinación han sido evaluados, algunos de los más promisorios son AZT/3TC/indinavir o ritonavir; saquinavir/ritonavir; DDI/D4T; AZT/DDI/nevirapina. La decisión de usar inhibidores de proteasa como tratamiento inicial es controversial y no se acepta en todos los casos. Las diferencias entre los inhibidores de proteasas en cuanto a actividad antiviral, desarrollo de resistencia, toxicidad e interacciones medicamentosas serán lo que determine la selección inicial de uno u otro. Hasta el momento no existe consenso sobre cuál es el inhibidor de proteasa recomendado para uso inicial.

Dados los avances en el tratamiento de la infección por VIH, el Sida está en vías de convertirse en una enfermedad crónica controlable, al prevenir el desarrollo de infecciones oportunistas, y aún, de la inmunodeficiencia. Sin embargo, el grado de complejidad en el manejo de los pacientes ha aumentado en forma importante, y esto hace necesario planificar los modelos de atención tomando en cuenta las perspectivas de los pacientes y la mayor eficacia en el tratamiento. El alto grado

de complejidad sugiere que la atención médica del paciente con VIH no debe compartimentalizarse en niveles de atención primaria, secundaria y terciaria^{12,15}. La atención especializada debe ser provista desde las etapas tempranas que es cuando más beneficio se puede obtener para el paciente. Asimismo, se debe contemplar que en la medida que se pierde de vista la amenaza inmediata a la vida, la adhesividad al tratamiento y el uso adecuado de los medicamentos pueden verse reducidos, como se ha observado en otros padecimientos potencialmente terminales, por ejemplo, la diabetes mellitus.

Vale la pena señalar a manera de conclusión acerca de los avances en el tratamiento, que el uso de terapias combinadas, que incluyen inhibidores de proteasas, aún cuando han brindado resultados muy prometedores a 48 semanas de seguimiento, no constituyen la “cura” contra la infección por VIH.

El uso combinado de antiretrovirales, de medicamentos profilácticos, y de pruebas de laboratorio de monitoreo de avance de la inmunodeficiencia (conteo de células CD4+ y carga viral) importan un gran costo económico en el tratamiento de los pacientes, que se encuentra fuera del alcance de varios sistemas de salud. Por ese motivo, y por la pertinencia ética de proporcionar tratamiento tecnológicamente disponible, se deben buscar estrategias para proporcionar la mayor cobertura poblacional en la forma más costo-eficiente posible¹².

El hecho de que se encuentre disponible esta tecnología no debe ser excusa para descuidar las actividades preventivas; al contrario, la obligación de proporcionar tratamiento adecuado de gran costo económico, deberá ser el mejor incentivo para prevenir nuevas infecciones por VIH.

Diversas acciones pueden ser utilizadas por los gobiernos, que no impliquen gasto necesariamente, para favorecer el incremento en la cobertura de tratamiento anti-retroviral. A manera de ejemplo, los gobiernos centrales pueden, posiblemente a través de los ministerios de salud o agencias de beneficencia pública, efectuar compras masivas del medicamento, para garantizar los precios más bajos. Estos medicamen-

tos podrían entonces ser vendidos al costo y así, el gasto original se recobraría y los pacientes y otras agencias tendrían acceso a medicamentos a menor costo.

EPIDEMIOLOGIA DEL VIH/SIDA

La epidemiología se ha definido como la producción de información para la acción. Se utiliza para analizar la frecuencia y distribución de las enfermedades y para identificar características en la adquisición de la enfermedad que pueden ser modificadas (factores de riesgo). El uso adecuado de la información epidemiológica permite seleccionar como población objetivo de intervenciones a los grupos más vulnerables de adquirir VIH, o bien, permite identificar prácticas, objetivos de cambio de comportamiento, que deben modificarse para alterar significativamente el curso de la epidemia. Hasta ahora se reconoce que los factores biológicos, sociales y de comportamiento han determinado el curso de la epidemia. Como causa importante de mortalidad y morbilidad, el Sida aumenta dramáticamente la carga para los servicios de salud y desvía limitados recursos económicos para el tratamiento de pacientes cuando estos recursos podrían utilizarse en programas de tipo preventivo. Todos los esfuerzos por caracterizar la epidemia por VIH van encaminados a lograr el objetivo de controlar esta enfermedad, reducir su costo social y, en forma adicional, controlar sus costos¹⁶.

La mayor parte de las infecciones con VIH y casos de Sida están ocurriendo en las regiones en vías de desarrollo de África, Asia y América Latina y el Caribe. Recientemente la epidemia ha ganado impulso en los nuevos Estados Independientes de la antigua Unión Soviética¹⁷.

Utilizando las cifras estimadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA¹⁸, se estima que a mediados de 1996, en el mundo habían existido 7.7 millones de personas que habrían desarrollado Sida desde el inicio de la pandemia en la década de los setentas, 5.8 millones de personas han fallecido por Sida desde el inicio de la pandemia, 27.9 millones de personas se han infectado con VIH.

Asimismo, se estima que en 1995 ocurrieron 1.3 millones de muertes por Sida: 300,000 de ellos niños, 400,000 mujeres y 600,000 hombres.

Para mediados de 1996 se estima que 21.8 millones de personas se encuentran viviendo con la infección por VIH y aún no diagnosticados como Sida. El incremento en el número de casos notificados desde mediados de 1995 hasta mediados de 1996 fue de 19%.

Durante 1996 se estima que ocurrirán 3.1 millones de infecciones, o sea, se estima que ocurrirán 8,500 infecciones nuevas por día; la mayoría de estas infecciones serán en personas entre 15 y 24 años de edad, y 1,000 de estas infecciones diarias serán en niños.

La prevalencia de infección por VIH se encuentra desigualmente distribuida en el mundo, mientras que la mayor prevalencia estimada entre adultos es en África Sub-Sahariana (5.1%), Asia Occidental y el Pacífico tienen una prevalencia estimada en 0.01%; América Latina tiene 0.5% y el Caribe 1.4% de prevalencia (Ver Figura 1).

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/Sida EN ESTADOS UNIDOS, CANADÁ Y EUROPA OCCIDENTAL

En estas regiones, más de 1.2 millones de adultos viven con VIH/Sida, incluyendo a más de 750,000 solo en los EEUU. En total aportan el 6% del total de casos del mundo. En un inicio, la epidemia en estos países se presentó en hombres homosexuales o bisexuales. Actualmente, la epidemia involucra mayoritariamente a usuarios de drogas inyectables y a sus parejas sexuales, quienes pueden ser o no usuarios de drogas. En algunos países de esta región hasta el 75% de las infecciones ocurren en drogadictos o en sus parejas.

Desde que la epidemia empezó, a fines de la década de 1970, el Sida ha llegado a ser la primera causa de muerte en adultos menores de 45 años en muchas ciudades de EEUU y de Europa occidental.

En Europa occidental, alrededor de 450,000 personas tienen infección con VIH o Sida en el momento actual. Existen indicios de que la

prevalencia de VIH se ha estabilizado en países como Bélgica, Alemania, Holanda, Suecia y el Reino Unido. Suiza ha notificado una reducción en casos nuevos de Sida, pero la situación es menos alentadora en países como España, Portugal e Italia^{15,16}.

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

En Europa oriental y Asia central, se estima que 29,000 adultos viven con VIH/Sida. Aunque esta prevalencia es aún baja, existen altas probabilidades de que aumente, ya que la Región tiene muchos de los factores para una rápida diseminación del VIH: crisis económica, desempleo creciente, sistemas de salud en deterioro, conflictos étnicos y religiosos, desplazamiento de poblaciones civiles, así como migración poblacional en busca de nuevas oportunidades económicas. La tasa de infección es de 15 por 100,000. En algunos países se ha evidenciado una rápida difusión de la infección por VIH, particularmente en Ucrania y Polonia¹⁶.

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN EL SUR Y SUDESTE ASIÁTICO

El virus está siendo diseminado rápida y silenciosamente en la mayor parte de Asia, la región más poblada del mundo, especialmente en la parte sudoriental del continente. Así, el número total de personas infectadas aumentó de 500,000 en 1991 a 3.5 millones, entre 1991 y 1994, y a la fecha se estima que existan 4.7 millones de adultos viviendo con VIH. La OMS estima que a fines de la década de 1990, el número anual de infecciones nuevas en la Región sobrepasará al de África, alcanzando un total acumulado de 55 millones de infecciones con VIH para el año 2020, y que a fines del siglo 1.4 millones de personas habrán desarrollado Sida en Asia.

El VIH fue identificado inicialmente en Asia entre usuarios de drogas inyectables y en hombres con prácticas homosexuales. Actualmente el uso de drogas inyectables juega aún un papel importante en la diseminación del VIH, mientras que la transmisión heterosexual es la causa principal de infección en la región.

La India es el país con mayor número de adultos infectados con un estimado de 3 millones, sin embargo, su prevalencia en adultos no ha alcanzado el 1%. Por otro lado, Tailandia es el país con mayor prevalencia en el área, con poco más del 2% entre adultos¹⁶.

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN ÁFRICA

Los países africanos de las áreas central, oriental y occidental al sur del Sahara, con menos del 10% de la población mundial, contienen más del 70% de personas infectadas con el VIH y más de dos terceras parte de los casos de Sida a nivel mundial. Se estima que desde que empezó la epidemia en esta Región, a mediados de los setentas, alrededor de 13.3 millones de adultos y más de un millón de niños han contraído VIH, y que cerca de 3 millones de personas han muerto a consecuencia del Sida. La mayor parte de las infecciones han sido adquiridas en relaciones heterosexuales, con un número mayor de mujeres que de hombres infectados. Aproximadamente 8 millones de mujeres africanas en edad reproductiva están infectadas con el VIH y un millón de niños han sido infectados antes o durante el parto, o a través de la lactancia materna.

Existe, sin embargo, una gran variabilidad en la afectación por Sida en África Sub-Sahariana. La prevalencia de infección por VIH varía desde 0.1% en los Comoras hasta 18% en Botswana.

La esperanza de vida al nacimiento en el quinquenio 1990-1995 disminuyó de 52.8 a 49.6 años en los 15 países que tuvieron una prevalencia mayor a 1% en la población de 15-49 años de edad¹⁶.

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

América latina y el Caribe tienen un número significativamente menor de infecciones con VIH que Asia o África. Sin embargo, y a pesar de que en América latina y el Caribe reside el 8.4% de la población mundial, estas regiones albergan ya al 11.5% de todas las personas infectadas con VIH en el mundo.

La difusión inicial de la infección por VIH inició en América latina a mediados de los setentas y principios de los ochentas. Se estima que la transmisión homosexual y bisexual continua siendo importante en esta región, pero el contacto heterosexual se está convirtiendo en el modo principal de transmisión. Compartir agujas y jeringas contaminadas entre usuarios de drogas es también un método común de transmisión de VIH en muchas ciudades, sobre todo en el Cono Sur de Sudamérica. Entre 1988 y 1992 las tasas de infección en América latina y el Caribe casi se triplicaron y a fines de 1994 la región contaba con más de 2 millones de infecciones por VIH y alrededor de 405,000 casos de Sida.

Al igual que en otras regiones del mundo, la epidemia de Sida en América latina y el Caribe se está convirtiendo en un problema prioritario de salud pública. La Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA estiman que para 1996 viven 1.6 millones de personas infectadas en América latina y 300,000 en el Caribe^{15,16}. Hasta junio de 1996 se reportó un total de 176,930 casos de Sida en América latina y el Caribe. Nueve países, Brasil, México, Argentina, Colombia, Venezuela, Honduras, República Dominicana, Perú, y El Salvador concentraban al 80% de los casos. México y Brasil aportan en conjunto más de 7 infecciones de cada 10 en América latina, 18% de ellas ocurre en mujeres. En total, esta región aporta el 6% del total de los casos mundiales.

En el Caribe, hay más de 250,000 infecciones entre adultos; sin embargo, esto representa el 1% del total mundial, aunque la prevalencia entre adultos (1.4%) solo es superada por la que se encuentra en África Sub-Sahariana. Los países más afectados son Haití y Barbados con una prevalencia entre adultos de alrededor de 4%; entre República Dominicana y Haití se agrupan 85% del total de los casos en el Caribe. Cuba es el país con menor prevalencia con 0.002%.

La epidemia de Sida en América latina ha causado alrededor de 80,000 muertes y está situándose como la más importante causa de muerte entre hombres entre 25 y 44 años de edad. Debido a que el Sida afecta a este importante segmento de la fuerza productiva, su impacto en la productividad puede llegar a ser muy importante. Determinar el tama-

ño de la epidemia es crítico debido a sus implicaciones demográficas, económicas, y de salud pública.

PATRONES EPIDEMIOLÓGICOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En cuanto a la distribución de casos de Sida por categoría de transmisión, se pueden apreciar tres grandes tendencias¹⁹:

1) Una caracterizada por el predominio de transmisión por contacto homosexual masculino, seguido por transmisión sexual y, por último, otras categorías (sanguíneo, usuarios de drogas intravenosas, etc.). Este tipo de transmisión es típico de la región andina: Bolivia, Colombia Ecuador, Perú y Venezuela (Ver Figura 2), y en menor medida de México (Ver Figura 3).

2) Una variante del patrón antes mencionado es el del Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay) en donde el predominio de la transmisión es entre hombres con prácticas homosexuales seguido por rápido incremento en usuarios de drogas intravenosas y por transmisión heterosexual (Ver Figura 4). Brasil también tiene un comportamiento semejante (Figura 5).

3) Por último, en el Caribe se ha tenido como principal característica el predominio de la transmisión heterosexual en forma que ha sido comparada con patrones observados en el Continente africano (Ver Figura 6). En Centroamérica (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), particularmente, a partir de 1990 algunos autores han descrito una “heterosexualización” de la epidemia, con un componente minoritario de transmisión homosexual masculina (Figura 7). Un ejemplo dramático de alto crecimiento en casos asociados a transmisión heterosexual se ha observado en Honduras, país en el que se han notificado hasta finales de 1995, un total de 4,973 casos y 955 defunciones.

AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS POR VIH/SIDA Y OTRAS ETS

Existe un desarrollo metodológico que cuantifica la carga de las enfermedades mediante el cálculo de Años Saludables Perdidos, incorporando discapacidad y mortalidad prematura.

Un cálculo de este estimador, que contiene un descuento del impacto futuro debido a infecciones presentes, muestra que en América latina y el Caribe para 1990 los cálculos de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) por VIH (en inglés llamados Disability Adjusted Life Years-DALY) aportaban ya en esta fecha el 10% del total de enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, y el 25% de las infecciosas y parasitarias. El VIH/Sida aportó el doble de lo que causa la mortalidad materna y el equivalente al 80% de lo aportado por infecciones respiratorias agudas en el mismo año (Ver Cuadro 1)²⁰. Aun cuando no se cuenta con datos más recientes, es de esperar que su representación en AVISAS perdidos por VIH/Sida se incremente en la medida en que se han incrementado los casos de Sida en la región. El incremento en los casos anuales de incrementó diez veces en el período transcurrido de 1990 a 1995: en 1990 se notificaron 15,651 casos de Sida en América latina y el Caribe, mientras que en 1995 se notificaron 155,169 casos en la misma región.

Debido a la historia natural de la enfermedad, que indica que pueden transcurrir hasta 20 años entre la infección por el VIH y el diagnóstico de SIDA⁷, aún sin terapéutica antiretroviral y profiláctica, la presencia en forma temprana de sintomatología no diagnostica Sida, la carga psicológica de conocerse seropositivo, y el periodo de sobrevida de 4 años en promedio una vez diagnosticado como paciente con Sida, implican que la carga de la enfermedad correspondiente al VIH/Sida debe medirse, no solo como mortalidad sino con un componente que mida morbilidad y discapacidad.

Años de vida perdidos por mortalidad prematura debido a VIH/Sida. Para finales de 1995, existía un total de 388,633 muertes por Sida en el Continente americano. De éstas, 311,000 ocurrieron en los Estados Unidos, 36,024 en el Brasil y 14, 167 en México²¹.

En México, la mortalidad por Sida ha ganado terreno dentro de las principales causas de muerte entre hombres jóvenes. Mientras que en 1988 el Sida era la onceava causa de muerte entre hombres de 25 a 34 años de edad, en 1992 era la cuarta causa²² y actualmente es la tercera²³.

Diversos estudios han señalado también que estos datos pueden aún ser corregidos. A manera de ejemplo, diversos estudios en los Estados Unidos señalan que a la mortalidad registrada directamente como Sida debe agregársele un factor de corrección. Por ejemplo, un estudio realizado en San Francisco, California indica que 9% de las defunciones por Sida no tenían registrado en el certificado de defunción al VIH o al SIDA²⁴; a nivel nacional (en los EUA), en el grupo de hombres de 25 a 44 años de edad se estima que es el 26%²⁵.

En México, resultados preliminares de un estudio²⁶ indican que la tasa de mortalidad en hombres jóvenes en México (25-44 años) debe ser incrementada en 30% debido a este proceso de certificación inadecuada. Por ejemplo, para 1994, el 37% de los casos no certificados como VIH/Sida que son imputables a esta causa fueron clasificados como meningitis causada por enterovirus, 7% como tuberculosis, 12% como Bronconeumonía, 5% como virosis del Sistema Nervioso central, 4% como anemias, 13% como infecciones bacterianas mal definidas, etc. La conclusión más importante de utilizar esta corrección, la mortalidad por Sida aporta el 12% del total de la mortalidad en este grupo en México. Este proceso de mala clasificación de la causa de muerte, sucede puesto que los médicos tratantes no consignan como causa de muerte al VIH/SIDA²⁷. Es de esperarse que un proceso semejante esté ocurriendo en el resto de la región.

PREVENCIÓN DEL VIH²⁸

Los subtipos que se ha reconocido circulan en América latina y el Caribe y la variabilidad biológica del VIH tienen el potencial para producir nuevas sub-epidemias en la región. En caso de confirmarse la hipótesis de que algún subtipo es más fácilmente transmisible en contacto heterosexual y que este subtipo no ha circulado aún en el Continente americano, y cerca

de 10 millones de adolescentes anualmente inician actividad sexual, queda en claro el potencial de una epidemia heterosexual latente.

Si bien la nueva caracterización viral permitirá vigilar la distribución geográfica de sub-epidemias, también tiene importantes implicaciones para el desarrollo de una vacuna. Cualquier vacuna, para ser eficiente, requiere inducir inmunidad que reconozca las envolturas de los diferentes subtipos, como ya se ha discutido en líneas anteriores. Sin embargo, a pesar de la identificación de estos subtipos, en términos de prevención de la transmisión sexual del VIH, solo un mensaje debe quedar bien claro, el sexo protegido es la mejor forma de prevenir la propagación del VIH independientemente del subtipo. Es necesario un esfuerzo sostenido para mantener campañas continuas de sexo protegido y uso de condón. Si bien los gobiernos son responsables de la prestación de servicios preventivos y curativos para la población, la participación de la comunidad es esencial para el éxito de las intervenciones preventivas destinadas a controlar la epidemia de Sida¹⁴.

Con respecto a la prevención de la infección por VIH/Sida, es sabido que los modelos de información, educación y comunicación que hacen del conocimiento público la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH no ha dado como resultado un cambio de comportamientos de riesgo. Nuevamente sea dicho, no existe una relación lineal y directa entre conocimientos, actitudes y prácticas. Informar no basta para prevenir el Sida. Las intervenciones preventivas deben modificar no solo comportamientos individuales en forma aislada de otros condicionantes de fondo, pues las conductas de riesgo para VIH/Sida en las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan²⁹.

La determinación de programas preventivos se basa en la identificación de factores que están asociados con un riesgo aumentado para adquirir la infección por VIH. Cuando estos factores son modificables entonces se pueden planear y evaluar programas para prevenir la infección. En el caso de la infección por VIH, tener relaciones sexuales no protegidas (con condón) es aún el factor de riesgo más importante para adquirir la infección. Hasta ahora factores de comportamiento y las redes sociales serian elementos en la propagación de la epidemia mucho más

importantes que factores biológicos del virus. El éxito de programas comunitarios se basa en su diseño sensible a las necesidades y costumbres de las comunidades a las que intenta alcanzar y en la participación de personas que forman parte de la misma comunidad. La presencia de infecciones de transmisión sexual está asociada con un mayor riesgo de transmisión. Debe subrayarse el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y difundirse ampliamente su prevención mediante el uso del condón. Dos estrategias para proporcionar información sobre VIH o promover el uso del condón incluyen programas universales y programas focalizados para grupos específicos.

En otras vías de transmisión como la parenteral, los programas de selección de donadores sanguíneos, prohibición de comercio de la sangre, tamizaje de productos sanguíneos con eliminación de los productos infectados han resultado exitosos para controlar la transmisión por vía sanguínea hasta el punto que los casos por transmisión sanguínea se han reducido muy significativamente.

Los casos de infección por VIH asociados con el uso de drogas intravenosas en América latina, localizados en áreas urbanas como en las ciudades de la frontera norte de México, Río de Janeiro, Brasil, y en Buenos Aires, Argentina, requieren una intensa intervención.

Una de las áreas de prevención más promisorias es a nivel de prevención de transmisión perinatal. Actualmente, el estándar de atención para mujeres embarazadas que cursan con infección por VIH incluye la administración de zidovudina. La zidovudina administrada a la madre es capaz de reducir la transmisión en dos tercios de los casos.

VULNERABILIDAD SOCIAL, DERECHOS HUMANOS Y SIDA

Durante la década pasada se han suscitado cambios importantes en la investigación sobre el impacto y los aspectos sociales del VIH/Sida y sobre la reflexión crítica acerca de la epidemia, tanto desde el punto de la teoría política como de la experiencia práctica. Tal es el caso de estudios que pretenden comprender y atacar las determinaciones sociales, econó-

micas y políticas de la epidemia, así como de diseños innovadores de intervenciones preventivas basadas en la comprensión del Sida como un problema social que debe ser abordado desde el nivel comunitario.

Estos cambios se basan en que, si bien es cierta la susceptibilidad biológica de cualquier individuo a la infección por VIH, la epidemiología de la infección muestra que ciertos grupos son más vulnerables a ella debido a sus condiciones sociales, económicas y culturales, como las mujeres, los jóvenes, los pobres en países en desarrollo y en sociedades industrializadas, y los grupos estigmatizados por sus prácticas sexuales como son los hombres que tienen relaciones con hombres. De ahí que el concepto de “vulnerabilidad social” respecto a la infección de VIH haya cobrado una gran importancia y que se argumente la necesidad de dirigir los esfuerzos de investigación y prevención hacia áreas más amplias que el cambio de comportamiento individual.

Los mayores retos que el Sida implica a nuestras sociedades radican no solo en la prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal del VIH, sino que los retos sociales incluyen la reducción del impacto que la infección por el VIH causa en individuos, en grupos y en sociedades, la atención a los pacientes con Sida, la estigmatización de los afectados y sus familias, y evitar la complacencia ante una enfermedad que, según algunos, ya es un costo “aceptable” de vivir en los tiempos modernos.

Debido a que su combate requiere y requerirá de cuantiosos recursos económicos, la inequidad entre países, sociedades e individuos, añade un grado de dificultad, dada nuestra realidad latinoamericana.

Efectivamente, el Sida ha puesto al descubierto las mayores debilidades de nuestras sociedades al hacernos reflexionar sobre la identidad y comportamiento de las personas afectadas y, necesariamente, mostrarnos la diversidad existente en nuestras sociedades desde antaño. Hemos tenido que enfrentar en forma explícita la necesidad de respeto hacia los individuos que no piensan y hacen lo mismo que “nosotros”, y que sin embargo, comparten nuestros mismos derechos. Los mismos derechos tendrán los ricos y pobres, las amas de casa y los hombres ho-

mosexuales, las prostitutas, los drogadictos y los adolescentes. Los mismos derechos ciudadanos y los mismos derechos humanos.

La tolerancia existente antes de los tiempos del Sida, por ejemplo en materia de sexualidad, se vio transformada, así, algunos se volvieron más intolerantes y otros son ahora respetuosos de la diversidad humana.

Se ha observado a nivel mundial, y a pesar de que en algunos países los grupos inicialmente afectados eran los que en mejores condiciones económicas se encontraban, esta pandemia del VIH/Sida afecta inexorablemente, y cada vez más, a los individuos con mayor vulnerabilidad. Vulnerabilidad debida a condiciones biológicas, situaciones económicas, debido a las prácticas sexuales, o a una combinación de estas y otras situaciones⁴. En otras palabras, por ser mujer, pobre, homosexual, migrante, prostituta, usuario de drogas o ama de casa.

Es claro que una respuesta efectiva para la contienda contra esta enfermedad exige la movilización de la sociedad, tanto a través de los gobiernos como de la sociedad civil en sí misma.

La afectación de las mujeres por la epidemia del VIH/Sida ha sido desigual en el mundo, mientras que en África Sub-Sahariana y en el Caribe es igual o ligeramente superior el número de mujeres afectadas que de hombres, en América latina aportan tan solo el 18% de los casos. En el mundo, se estima que para mediados de 1996, 12.2 millones de hombres adultos y 8.8 millones de mujeres adultas viven con VIH.

Sin embargo, la vulnerabilidad de la mujer, particularmente por su estado de desigualdad en la toma de decisiones y en la participación social, y por sus características biológicas, la convierte en población vulnerable de adquirir infección por VIH, debido fundamentalmente a acciones tomadas por sus parejas hombres, a menudo, aún a sabiendas de sus riesgos pero sin poder alterarlos en beneficio de ellas y sus hijos.

En este sentido, urge realizar acciones de investigación sobre la epidemia del Sida en mujeres desde una perspectiva de género acerca

de la falta de percepción de riesgo para el VIH/Sida, de los impedimentos para la negociación de prácticas sexuales más seguras y acerca del papel de diferentes instituciones sociales como favorecedoras u obstaculizadoras de las campañas de lucha contra el Sida. Entre las propuestas más urgentes para la acción dirigida a frenar la epidemia, fundamentalmente entre mujeres en la región se encuentran las siguientes³⁰:

- Incluir mensajes educativos particularizados para las mujeres,
- Lograr la producción, distribución y accesibilidad del condón femenino y otros métodos de protección controlados por las mujeres,
- Ampliar la cobertura y la accesibilidad de servicios integrales de salud reproductiva, que incluyan acciones de prevención del Sida y de detección y tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual.

IMPACTO ECONÓMICO DEL VIH/SIDA

*IMPACTO DEL VIH/SIDA EN LA ECONOMÍA*³¹

Cuando el Sida hizo su aparición a principios de los ochenta, se consideró principalmente como un problema de salud pública, y debido a que la infección por VIH era asociada a determinadas prácticas sexuales, en algunos países se presentaba el dilema de considerar al Sida como una cuestión de ética y moral o de salud pública. Claramente, la discusión de ese dilema desviaba la atención de los puntos centrales del problema, y actualmente, además de ser un problema de salud pública, el Sida se ha convertido en una preocupación para el desarrollo económico.

En efecto, la evolución del VIH/Sida está afectando adversamente al desarrollo. En el largo plazo, la productividad (la producción por trabajador) es casi todo lo que importa para el desarrollo económico. La capacidad de un país para mejorar su estándar de vida a través del tiempo depende casi por completo en su habilidad para elevar su producto por trabajador. Para ser justos, y como una cuestión de pura aritmética y al menos en una economía cerrada, existen tres formas de elevar el consu-

mo per cápita de un país: i) aumentar la productividad, de tal manera que cada trabajador produzca más, ii) poner una mayor proporción de la población a trabajar, y iii) dedicar una porción más pequeña del producto del país a la inversión, y destinar una mayor parte de la capacidad productiva del país a manufacturar bienes para el consumo presente. De hecho, el Sida afecta las tres formas que pueden aumentar el consumo per cápita de un país. Primero, el Sida afecta la productividad porque siendo una enfermedad, implica menos días de trabajo, menores oportunidades de obtener empleos mejor remunerados y vidas de trabajo más cortas³².

Conviene destacar que el Sida tiene una prevalencia mucho menor en los países en desarrollo que otras enfermedades como la malaria, pero su impacto económico por caso es mayor por varias razones, entre ellas:

- 1) afecta principalmente a adultos en sus años más productivos,
- 2) Las infecciones que resultan del VIH/Sida conducen a una fuerte demanda de tratamientos caros,
- 3) En la medida que estos tratamientos cumplen su cometido se podría prolongar su prescripción por largos períodos,
- 4) El número de personas ya infectadas por VIH que aún no desarrollan Sida ya es de enormes proporciones (casi 22 millones de personas a nivel mundial en 1996), y
- 5) El número de infectados por VIH aún puede verse incrementado.

Las relaciones entre subdesarrollo y salud son conocidas sobradamente al hablar de otras patologías. En función del Sida, no solo existen relaciones que explican el mayor crecimiento en países pobres y poblaciones marginadas, también se condicionan reacciones deficientes al enfrentar el problema. La larga historia de pobreza en los países más afectados, hace pensar que, aún si la cura del Sida solo consistiera en beber agua potable, todavía una gran cantidad de personas principalmente en países en vías de desarrollo, no tendrían acceso a este tratamiento.

El impacto probable del Sida en el desarrollo económico se ha debatido largamente. Así, es común el argumento de que el impacto económico del Sida en los países en desarrollo no constituye realmente un problema económico porque los trabajadores enfermos o fallecidos serán reemplazados por personas desempleadas debido a la abundancia de mano de obra barata y elevado desempleo. Este argumento puede ser válido mientras existan suficientes personas desempleadas y deseosas de trabajar para reemplazar a los que ya no pueden trabajar debido al Sida, pero aún en los países con las tasas de desempleo más elevadas, el “ejército de reserva” acabará por desaparecer en presencia de una enfermedad para la cual no existe cura, como es el caso del Sida. En presencia de una enfermedad como el Sida, el pleno empleo podría ser finalmente alcanzado. Sin embargo, ¿Qué seguiría si una cura continúa siendo evasiva o prohibitivamente costosa para los países en desarrollo, y si los casos de Sida crecieran más rápido que la fuerza de trabajo? Entonces, la producción será negativamente afectada, ya que la fuerza laboral en la economía en pleno empleo comenzará a declinar, con consecuencias adversas sobre el bienestar social.

El VIH/Sida tiene un alto impacto macroeconómico debido en parte a los elevados costos de tratamiento que distraen recursos de inversiones productivas. Más específicamente, los costos del VIH/Sida se clasifican comúnmente en: i) Directos, que son los costos del cuidado personal y de salud que necesita un individuo infectado, incluyendo los servicios no personales, tales como los exámenes de sangre, la educación de salud, el entrenamiento de personal y la investigación, y ii) Indirectos, que son los costos en términos de producción perdida debido a la morbilidad y la mortalidad del Sida, incluyendo estimaciones del valor de la producción no directamente valuada por el mercado, como las tareas del hogar y la agricultura de subsistencia, iii) Costos directos invisibles. Estos están representados por los servicios proporcionados por la familia, los amigos y las instituciones de caridad. Aunque no remunerados, estos servicios representan un consumo real de recursos, y por lo tanto un costo real, y su omisión puede llevar a una suboptimización al elegir entre distintos proyectos, y iv) Costos indirectos invisibles. Estos son los costos de reacciones intangibles y menor calidad de vida a través de factores como dolor,

incapacidad, miedo, ansiedad, aislamiento, estigma, depresión, etc. Estos costos son obviamente importantes en el caso del Sida, pero de gran dificultad para su estimación.

Los efectos potencialmente devastadores de la epidemia del VIH/Sida pueden ser frenados con recursos relativamente modestos. De hecho, un país no tiene que ser rico para tener éxito en esfuerzos de prevención. La conveniencia de la prevención en el caso del VIH/Sida es considerablemente importante dados los vastos beneficios de la acción preventiva y los enormes costos futuros en que se incurre en ausencia de prevención. De hecho, puesto que no hay vacuna o cura para el Sida, la prevención es la única forma de enfrentar la epidemia²⁷.

La prevención implica costos relativamente bajos y, si se lleva a cabo de manera efectiva, rinde enormes beneficios. El Banco Mundial reporta que estudios en nueve países en desarrollo y siete países industrializados sugieren que prevenir un caso de Sida ahorra, en promedio, un monto equivalente a cerca de dos veces el PNB per cápita en costos de cuidado médico descontados, y en algunas áreas urbanas el ahorro puede ser hasta de cinco veces el PNB per cápita. Los beneficios de la prevención deben tomar también en cuenta que en el caso de enfermedades transmisibles, y especialmente de epidemias como la infección de VIH, los cálculos deben incluir el hecho de que cada caso prevenido también previene otros casos posteriores³³.

La urgencia de aumentar los esfuerzos de prevención resulta evidente cuando se observan las proyecciones disponibles, que indican que la epidemia del VIH/Sida tiene consecuencias desastrosas que empeoran con el paso del tiempo.

Desde una perspectiva económica, es de la mayor importancia aumentar ahora los esfuerzos de prevención, que tienen un costo sumamente modesto comparado con los costos directos de una epidemia de VIH/Sida sin control. El tomador de decisiones tiene la alternativa de actuar ahora utilizando recursos relativamente pequeños, o lamentarse mañana y tener que utilizar montos de recursos considerablemente mayores.

Los costos del VIH/Sida, al distraer recursos escasos en los países en desarrollo —caracterizados por escasez de capital— es un asunto de gran importancia.

En los Estados Unidos en 1991 se estimaba que el costo anual promedio del manejo médico de cada uno de los casos de Sida era de \$38,000 USD, suponiendo un incremento en el costo anual del tratamiento médico de pacientes con Sida de 7% a 8% anual, para 1995 el costo anual por caso sería de \$120,000 USD³⁴.

Por ejemplo, en 1991 se encontró que el uso de zidovudina en el paciente asintomático era una intervención costo-efectiva ya que prolonga la esperanza de vida y tiene un costo por año de vida ganada de aproximadamente \$6,600 dólares lo que se compara favorablemente cuando se compara con otras intervenciones médicas rutinarias como la cirugía coronaria³⁵.

De los costos directos el costo hospitalario, al inicio de la epidemia, representaba la mayor parte del costo de atención a los pacientes con Sida. A medida que se adoptan esquemas de atención ambulatoria, los costos de medicamentos constituyen la mayor parte de este³⁶

El costo directo de utilizar tres antiretrovirales, por ejemplo, AZT, DDC y Saquinavir, podría alcanzar en México a mediados de 1996 un costo anualizado de USD\$17,336 dólares americanos. El costo de utilizar medicamentos profilácticos bajo los mismos contextos corresponderían a cantidades más modestas, por ejemplo, trimetoprim con sulfametoxasol para la profilaxis de *P. Carinii* y Toxoplasmosis podría ser de USD\$50 anuales, y el uso de Azitromicina para prevención de *Mycobacterium Avium* podría alcanzar los USD\$800 dólares americanos por año. El uso de profilaxis varía de acuerdo al estado de los pacientes, sin embargo, es frecuente utilizar múltiples medicamentos para la profilaxis de infecciones oportunistas, el costo de cada medicamento profiláctico debe adicionarse a la lista de costos directos en la atención de los afectados.

Debe quedar claro que la falta de una política explícita de atención a pacientes con Sida o de prevención de la infección por VIH no im-

plica que esta epidemia deje de causar gastos, tanto en la economía de los países como en los sistemas de salud. De hecho, una falta de política de atención y prevención del VIH/Sida es a menudo una de las más caras estrategias para enfrentarlo. En efecto, el hecho de que las personas que se infecten hoy por el VIH no desarrollen Sida sino después de varios años, no libera a las autoridades sanitarias de hoy de su responsabilidad.

GASTOS EN VIH/SIDA EN MÉXICO, UN ESTUDIO DE CASO

En un ejercicio de recuento de los gastos efectuados en todo el país en México para 1995, se realizó un estudio que brindaría un panorama del monto global estimado de gastos de acuerdo a tipo y fuente de financiamiento^{37,38}. El mecanismo para su estimación fue, primero, la enumeración de las instituciones en las que se atiende a pacientes con VIH/Sida, su población cubierta, patrones de atención y prescripción y fuentes de financiamiento de las mismas, asimismo, se enumeraron las acciones preventivas, se estimó su costo y fuente de financiamiento.

En términos generales, se estimó que los gastos por VIH/Sida alcanzaban los 79.1 millones de dólares americanos para 1995. La mayoría de estos gastos se encontraban en el rubro de atención médica (85%) y en gastos del sector público (52%). Las aportaciones internacionales corresponden al 1% del total de gastos en este rubro y fundamentalmente se enfocaron a prevención (Ver cuadro 2).

GASTOS EN PREVENCIÓN

En términos de prevención, se ejercieron aproximadamente USD\$29.5 millones de dólares. Los gastos se pueden clasificar en tamizaje en bancos de sangre para la prevención de la transmisión sanguínea del VIH (USD\$16.4 millones) y gastos en prevención de la transmisión sexual del VIH (USD\$13 millones). Para el tamizaje en bancos de sangre los gastos fueron realizados fundamentalmente con cargo a gasto público (USD\$11 millones), dividido por igual entre las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y la Secretaría de Salud, y menormente (USD\$5.3 millo-

nes) por instituciones civiles y privadas, entre ellas fundamentalmente la Cruz Roja Mexicana.

Los gastos en prevención de la transmisión sexual del VIH, tuvo como fuente principal el presupuesto federal. Adicionalmente, las organizaciones no-gubernamentales proveyeron, en forma importante, servicios para la prevención del Sida. Estos últimos, fueron considerados como gastos no-monetarios, dada su difícil cuantificación, dificultad de establecer su cobertura, y en tanto que se basan en donaciones y trabajo voluntario no-remunerado.

Los gastos gubernamentales para la prevención de la transmisión sexual del VIH se estimaron utilizando, fundamentalmente, el presupuesto del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) que es la agencia gubernamental con este mandato específico. No pudieron ser identificadas otras fuentes de financiamiento gubernamentales para las actividades de prevención de la transmisión sexual del VIH. Se espera sin embargo, que al concluirse la descentralización de la Secretaría de Salud, sean transferidos los fondos respectivos al igual que la responsabilidad en la planeación y ejecución de estas actividades.

Vale la pena señalar, que los gastos públicos en información, educación y comunicación, fueron aportadas fundamentalmente por gasto público (USD\$16.3 millones), fondos privados (USD\$11.9 millones) y mediante aportaciones de organizaciones internacionales (USD\$0.9 millones). De este total, se estimó un gasto directo del bolsillo de los consumidores de USD\$2.6 millones por concepto de compra directa de condones.

GASTOS EN ATENCIÓN MÉDICA

Dado que los gastos en atención no se encuentran disponibles de ninguna fuente oficial, se estimaron los gastos de atención mediante el establecimiento de patrones típicos de tratamiento, para pacientes prototipo, mediante proveedores de servicios (médicos) que atendieran a las proporciones mayores de pacientes. El costo de cada patrón de tratamiento se estimó uti-

lizando los costos promedio para cada servicio, p. ej. de día de hospitalización por institución, medicamentos, consulta médica, pruebas de laboratorio, etc. Finalmente, se multiplicó por el número estimado de pacientes en cada centro de atención de cada institución. Diferencias por estado socio-económico, derechohabencia a seguridad social, inclusión de los medicamentos en cuadros básicos o su acceso mediante precios subsidiados, estado clínico del paciente, etc., fueron tomadas en cuenta al realizar los cálculos.

De esta forma, se estima que se gastó en tratamiento por VIH/Sida un total de USD\$49 millones de dólares americanos. Su aportación fue casi igual debido a gastos de bolsillo de los pacientes (USD\$25.4 millones) que en gastos con presupuesto público (USD\$24.0 millones).

Estos gastos, incluyen el tratamiento considerado óptimo en 1995 (fundamentalmente con uso de combinación de dos antiretrovirales y medicamentación profiláctica a una minoría de los pacientes con Sida (aproximadamente 38% del total estimado con vida durante ese año). Las personas seropositivas asintomáticas, en general no reciben tratamiento antiretroviral ni profiláctico. El patrón de tratamiento fuera de los grandes centros hospitalarios en las grandes ciudades incluyó mayor número de días de hospitalización, y menor uso de medicamentos.

La mayor parte de los gastos de bolsillo corresponden a la utilización de medicamentos profilácticos o a un segundo antiretroviral. Los gastos de hospitalización han corrido fundamentalmente a cuenta de las instituciones de seguridad social, y secundariamente en gastos de los pacientes. Vale señalar que aún cuando en forma agregada los gastos de bolsillo aportan casi la mitad de los gastos en este rubro, en general, aportan un patrón de tratamiento sub-óptimo para la mayoría de los pacientes, pues en esta contabilidad se incluyen, por un lado, aquellos que los asegurados realizan en forma adicional a lo aportado por su institución de seguridad social, p. ej. complementos alimenticios en casos de síndrome de desgaste, y otros, la mayoría de no-asegurados, se incluyen todos los gastos desde antibióticos para profilaxis hasta anti-retrovirales, fundamentalmente, comprados en forma insuficiente aún para un esquema mono-terápico completo.

El gasto en antiretrovirales aportó un gasto anual de USD\$20.5 millones de dólares, aportados principalmente por los pacientes y por las instituciones de seguridad social.

EL PAPEL DE LOS GOBIERNOS EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SIDA³⁹

Existen tres funciones que los gobiernos asumen, en diferentes grados, en materia de salud: la regulación, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

No todos los gobiernos prestan en forma directa servicios de salud, todos ellos financian en diversos grados los servicios de salud e indudablemente todos asumen la regulación como una función propia del estado. El estado tiene un papel regulador de todo aquello que pueda producir daños o producir riesgos de pérdida de la salud.

El papel regulador del gobierno en materia de salud es casi indiscutible, sin embargo, en cuanto al financiamiento de la prestación de servicios de salud, se discute cuáles intervenciones se deben financiar. La prestación directa del servicio de parte de los Ministerios de Salud de los países ha sido altamente cuestionada, particularmente al compararse con servicios de salud similares provistos por instituciones privadas o sin fines de lucro que operan tanto en ámbitos urbanos como rurales.

Aún así, la prestación de servicios adecuados a la población afectada debe ser garantizada, tanto bajo esquemas de aseguramiento como en el caso de la población no asegurada.

Una de las partes más importantes del costo de atención a los pacientes con Sida, la constituyen los medicamentos. En algunos países de América latina y el Caribe, los programas nacionales de lucha contra el Sida proporcionan los fármacos necesarios, incluyendo combinaciones antirretrovirales, así como la atención ambulatoria y hospitalaria requerida a todos los pacientes diagnosticados con Sida (p. ej. en Chile), en algunos otros países esta misma atención se les proporciona a todos los pacientes, siempre y cuando estén incorporados a un régimen de seguri-

dad social. Se estima que a medida que aumente el número de casos, tanto unos como otros se verán en problemas presupuestales para poder absorber los costos de dicha atención.

Sin embargo, es necesario destacar que la solución financiera de las instituciones de seguridad social no es excluir al VIH/Sida de su esquema de tratamiento o brindar tratamientos sub-óptimos a los afectados. Los cálculos actuariales adecuados son los que permitirán brindar atención en forma adecuada al avance de la tecnología médica, no solo para el Sida sino también para la atención de otros padecimientos.

Cabe notar, sin embargo, que las instituciones de seguridad social invierten fundamentalmente en el tratamiento, con frecuencia inadecuado, de los pacientes, y su énfasis preventivo, incluye con frecuencia, solo el control de bancos de sangre. Sus acciones para la prevención de la transmisión sexual del VIH son escasas, ineficientes e insuficientes. Entonces queda claro que las políticas de exclusión de tratamiento de pacientes con Sida, dada la insuficiencia de acciones preventivas, son más que decisiones informadas, juicios de valor acerca de la actividad sexual de otros individuos.

Algunas alternativas para disminuir los costos de atención es mediante la adopción de esquemas de manejo ambulatorio. Paradójicamente, en aquellos lugares que se cuenta con menor capacitación, y usualmente mayor escasez de recursos médicos, se dá preferencia a la hospitalización sin terapia antiretroviral, que resulta en mayor costo y menor resultado.

El grave problema es el de aquellos pacientes de escasos recursos que no están cubiertos por ningún tipo de seguro, ni privado ni por la seguridad social, y viven en países en que sus costos de atención no serán cubiertos con fondos públicos, en estos casos se trata de personas que deberán recurrir a esquemas caritativos de atención, o entrar en protocolos de investigación los cuales normalmente proporcionan gratuitamente los medicamentos bajo estudio, pero que no constituyen de ninguna manera el esquema óptimo de prestación de servicios a la población no-asegurada.

Desafortunadamente existen pocas alternativas para este tipo de pacientes, por lo que los gobiernos que no cubran estos costos de atención, deben propiciar y alentar su atención por otros mecanismos.

A pesar de su alto costo el tratamiento para el VIH/Sida no es el más costoso que se encuentra aceptado ampliamente en instituciones médicas y de seguridad social. Es en este sentido, que los gobiernos, antes de eliminar recursos para la atención del paciente con Sida, deben establecer parámetros homogéneos para cubrir los costos de las enfermedades entre sus pacientes. El mensaje es entonces muy simple, la cobertura de diversas enfermedades deberá seguir los mismos parámetros de evaluación, si no se cuestiona el financiamiento de trasplantes cardíacos, quimioterápicos en ciertos cánceres, transplante de médula ósea u otras intervenciones, entonces no se debe cuestionar el financiamiento del tratamiento antiretroviral de los pacientes con Sida.

Es decir, desafortunadamente los países de América latina y el Caribe, aún no cuentan con recursos suficientes para financiar con recursos públicos todos sus problemas de salud a un nivel de acceso y calidad similares a los de los países industrializados, por lo tanto en sus procesos de reforma, necesitarán priorizar el financiamiento público de ciertas intervenciones sobre otras y cubrir el 100% del costo de servicios básicos para la atención de poblaciones de bajos ingresos.

La mayor discusión, entonces, radicará en la definición de los paquetes básicos y los parámetros utilizados para determinar su inclusión.

Deberá ponerse especial cuidado en los estudios de costo-beneficio en el caso de Sida, puesto que los grandes avances en la terapéutica antiretroviral pueden haber incrementado los costos y los beneficios de su utilización.

En este sentido, a manera de conclusión, la primera responsabilidad del gobierno es asegurar a nivel nacional que los bancos de sangre estén asegurados y protegidos contra la presencia del VIH, con financiamiento público o privado. Asimismo, es obligación del gobierno garantizar a los pacientes de Sida el mismo tipo de atención que se otor-

ga a pacientes de otros padecimientos crónicos bajo los diversos esquemas de cobertura y prestación de servicios en los países. Por ejemplo, una de las prioridades es, por tanto, lograr que los seguros privados no excluyan en sus pólizas al Sida. La responsabilidad reguladora del gobierno en estos asuntos es indiscutible.

Pero también lo es su necesaria intervención para detener la transmisión sexual del VIH. Sin embargo, este es un asunto complejo por la posible interpretación de las acciones gubernamentales como una intrusión en la vida privada de sus ciudadanos. Si bien no le corresponde a esa instancia ser el agente ejecutor de las intervenciones, sí es de su competencia fomentar y asegurar que grupos sociales específicos se involucren en las estrategias de prevención y atención.

En ese sentido, una de las recomendaciones más importantes que surgen de las Conferencias Internacionales sobre Sida y de los organismos internacionales con trabajo en Sida, sugiere que los gobiernos cumplan una función promotora, reguladora y financiadora de las intervenciones preventivas, a través de apoyar a organizaciones sociales diversas que puedan trabajar eficaz y eficientemente sobre el tema.

Aún la falta de políticas explícitas es una política. En términos de prevención y control del Sida, la falta de actividades a este respecto es una política de graves consecuencias al largo y mediano plazos.

Los gobiernos nacionales tienen la obligación de llevar acciones preventivas contra la transmisión del VIH y de garantizar la atención adecuada a los infectados por VIH y a los enfermos de Sida, debido a que se trata de un problema de salud pública. No hacerlo por los costos políticos que ello puede significar constituye, en este momento, una grave irresponsabilidad que pone en peligro a grandes sectores de la población, afectando la vida de los países desde el punto de vista económico y social.

Las instituciones médicas, a su vez, tienen la obligación de proveer la mejor terapéutica disponible, para lo cual es menester la realización de actividades de capacitación continuas a su personal.

ENFOQUES REGIONALES PARA CONTENDER CONTRA EL VIH/SIDA

El primero de Enero de 1996, el nuevo programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA) entró en operación. Este es un programa cofinanciado por PNUD, UNESCO, FNUAP, UNICEF, OMS y el Banco Mundial. El trabajo de ONUSIDA a nivel global y a nivel de país tiene tres funciones mutuamente reforzadoras: desarrollo de políticas e investigación, apoyo técnico y promoción. Uno de los ejes centrales de estos esfuerzos se basa en la mayor lección aprendida en la última década: la epidemia del VIH/Sida no es solo un brote epidémico⁴⁰.

Dado que, las características de transmisión del VIH/Sida hacen que no existan en términos de control epidemiológico la geografía, más bien, el VIH se extiende más allá de las fronteras de cualquier país, mediante múltiples mecanismos, entre ellos, entre los más notorios se encuentran la migración y el turismo.

Es por esto que el enfoque regional debe ser privilegiado, no solo en cuanto a los antecedentes de la enfermedad, sino principalmente, por los medios para su control, dadas las similitudes en el área.

La Fundación Mexicana para la Salud es la agencia ejecutora de la iniciativa SIDALAC, la cual fue inicialmente promovida por el Banco Mundial, y ahora forma parte del ONUSIDA.

El objetivo general de este proyecto es contribuir a la movilización de esfuerzos nacionales e internacionales en América Latina y el Caribe en contra de las epidemias del Sida y de otras ETS mediante la sensibilización de tomadores de decisiones en la región, el apoyo al desarrollo de una nueva generación de programas de control del Sida y el apoyo al desarrollo de enfoques regionales específicos para América Latina y el Caribe en cuanto al control del Sida y de otras ETS. Esta iniciativa deberá promover el involucramiento de funcionarios gubernamentales de alto nivel dentro y fuera de los sistemas de salud, así como de diversos grupos sociales para poder modificar exitosamente el curso de las epidemias del síndrome de inmunodeficiencia humana (Sida) y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y para brindar atención médica adecuada a los afectados por estas epidemias.

Se esperan de esta iniciativa enfoques que, más que la suma de los esfuerzos individuales de los países, contengan en su perspectiva la noción de región, con su consecuente coordinación de actividades y el aprendizaje mutuo de las lecciones aprendidas en países vecinos.

CONCLUSIONES

El VIH/Sida se está extendiendo a la vez que se convierte en endémico. La sangre segura, la información y las habilidades para reducir la transmisión sexual y por uso de drogas inyectables, condones y agujas estériles, atención de ETS y otros servicios esenciales son a menudo mal administrados, o desarrollados en forma técnicamente incorrecta. Permanecer sin infección hasta una edad madura es un reto de gran magnitud en comunidades con una alta prevalencia de VIH. Las medidas preventivas han tenido un éxito limitado, mayormente porque el contexto o ambiente más amplio en el cual la gente vive no ha sido apropiado para la prevención³⁴.

Se ha separado artificialmente la prevención y la atención de los afectados. Pero para los individuos y sus familias, así como para las comunidades, enfrentar la infección por VIH es parte de un reto de largo plazo propio de la era del Sida, un reto que incluye protegerse del VIH. Debemos integrar los aspectos de la prevención y de la atención, en forma tal que se explote la riqueza de su interfase. Se necesitan más intervenciones y de mejor calidad a lo largo del continuo de prevención-atención. Al mismo tiempo, se debe reducir la vulnerabilidad de la acción social, desde la movilización comunitaria hasta las iniciativas internacionales.

Al nivel de prevención, hay dos niveles, la primaria evita la ocurrencia de nuevas infecciones y la secundaria reduce la morbilidad y mortalidad una vez que la infección ya se presentó. La prevención primaria se ha logrado con la eliminación de productos sanguíneos infectados, el tratamiento antiviral para mujeres infectadas embarazadas, programas de modificación de conducta para reducir prácticas de riesgo, el uso consistente de condones, el tratamiento y control de enfermedades de transmisión sexual. La prevención secundaria está dirigida a interven-

ciones que ayuden a reducir la progresión de la infección por VIH, retrasar la aparición de infecciones oportunistas y Sida, y aumentar la sobrevivencia y calidad de vida de pacientes infectados. Estas intervenciones se basan en tratamiento antiviral oportuno y eficaz, tratamiento profiláctico de infecciones oportunistas, mejoría del estado nutricional, y el manejo del estado emocional del paciente¹⁴.

La lucha contra la vulnerabilidad social a la infección por VIH es la lucha misma contra la epidemia y corresponde a un esfuerzo de largo plazo que es responsabilidad de los gobiernos actuales, aunque su periodo de gestión termine antes de haber evaluado en profundidad el efecto de esta política.

Para lograr este objetivo, se propone redireccionar los recursos existentes en los diversos países a través de las siguientes acciones⁴¹:

1. Identificar el patrón epidemiológico de cada país para determinar a las poblaciones en mayor riesgo de infección.
2. Identificar grupos y organizaciones civiles y sociales que trabajen con esas poblaciones.
3. Promover y fortalecer a tales organizaciones para que lleven a cabo intervenciones comunitarias de prevención y atención, respetando sus características y los matices que el trabajo adquiriría para cada una de ellas.

En su papel regulador de las políticas de salud y educación, los gobiernos pueden implantar estas acciones de manera inmediata a través de los siguientes mecanismos:

1. Formación de un grupo técnico integrado por autoridades, académicos y miembros de organizaciones civiles, que lance una convocatoria y evalúe proyectos de prevención contra el VIH a ser financiados.
2. La función de este grupo técnico sería aprobar las propuestas en una competencia abierta y sustentada por la calidad de las mismas.

3. Evaluar las propuestas de los grupos en función de la capacidad de las organizaciones para dar cuentas del costo-eficacia de sus diseños, de su cobertura y de la calidad reconocida del trabajo ya realizado, así como de la sustentación teórica de los diseños de investigación e intervención.

4. Implantar mecanismos de coordinación con las organizaciones como pueden ser el desarrollo institucional, la exención de impuestos, los convenios con grupos sociales o las contrataciones y subcontrataciones por trabajo.

La estrategia de involucración y coordinación con organizaciones civiles y comunitarias, combinada con una política global de salud pública y educación, parece ser el camino más eficaz en la reducción de la transmisión del virus de una manera permanente y consistente. El mercadeo social ha demostrado cierta efectividad en el cambio de comportamientos, pero de manera efímera. Los costos de mantener permanentemente este tipo de campañas son demasiado onerosas y desvían los recursos para otras intervenciones de efectividad a mayor plazo.

Sin embargo, se requiere también de acciones inmediatas para conocer el impacto de la epidemia y realizar intervenciones preventivas. Por ello, se sugiere que los gobiernos encarguen una serie de investigaciones cuyos objetivos sean:

1. Llevar a cabo el diagnóstico de nuevas infecciones
2. Determinar hacia dónde se dirige el futuro de la epidemia y las subepidemias y definir a los grupos que requieren de intervenciones urgentes
3. Investigar cuantitativa y cualitativamente las determinaciones estructurales de la vulnerabilidad de tales grupos al VIH e indagar la efectividad de modelos de intervención diseñados a partir de la información producida por los estudios anteriores²⁵.

REFERENCIAS

- 1 Bacchetti P, Moss A.R. Incubation Period of AIDS in San Francisco. *Nature* 1989;338:251.
- 2 Volberding PA, Lagakos SW, Koch MA, et al. "Zidovudine in asymptomatic human immunodeficiency virus infection: a controlled trial in persons with fewer than 500 CD4 positive cells per cubic millimeter". *N Engl J Med* 1990; 322:941-949.
- 3 Soto-Ramírez LE, Renjifo B, McLane M, et al. "HIV-1 Langerhans' Cell Tropism Associated with Heterosexual Transmission of HIV". *Science* 1996;271:1291-1293.
- 4 Mann JM. Human rights and AIDS: the future of the pandemic. *Gaceta Médica de México*. 1996; 132 Suppl 1. En Prensa.
- 5 Gottlieb MS, Schroff R, Schauker HM y col. "*Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously health homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency". *N Engl J Med* 1981; 305:1425-31.
- 6 Centers for Disease Control. "*Pneumocystis* pneumonia - Los Angeles". *MMWR* 1981;30:250-2.
- 7 Centers for Disease Control. "Immunodeficiency among female sexual partners of males with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) - New York". *MMWR* 1983;31:697-8.
- 8 Centers for Disease Control. "Unexplained immune-deficiency and opportunistic infections in infants - New York, New Jersey". *MMWR* 1982; 31:665-7.
- 9 Centers for Disease Control. "Possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndzrome (AIDS) - California". *MMWR* 1982;31:652-4.
- 10 Soto L. "Estado actual del conocimiento en ciencias básicas de VIH/Sida y revisión de lo presentado en la XI Conferencia Internacional sobre Sida". En: Izazola JA (ed). *Sida: Ultimos conocimientos sobre la epidemia*". Cd. de México:FUNSALUD/LIMUSA, 1996.
- 11 Esta sección está basada en el capítulo posterior de esta publicación "Estado actual del conocimiento en ciencias básicas de VIH/Sida y revisión de lo presentado en la XI Conferencia Internacional sobre Sida" escrito por Luis Soto.

- 12 Shilts R. And the band played on. Politics, people and the AIDS epidemic. New York: St. Martin's Press, 1987.
- 13 Esta sección está basada en el capítulo posterior de esta publicación: "Aspectos clínicos de la infección por VIH. Conceptos actuales 1996", escrito por Juan Sierra.
- 14 Sierra J. "Aspectos clínicos de la infección por VIH. Conceptos actuales 1996". En: Izazola JA (ed). Sida: Últimos conocimientos sobre la epidemia". Cd. de México:FUNSALUD/LIMUSA, 1996.
- 15 Volkow P. Comentarios a las ponencias "La Calidad de la Atención Médica de Pacientes con Sida" y "La atención de pacientes con Sida en el IMSS". Gaceta Médica de México. 1996; 132 Suppl 1. En Prensa.
- 16 Avila C. "Epidemiología del VIH y medidas de Salud Pública para su Control ". En: Izazola JA (ed). Sida: Últimos conocimientos sobre la epidemia". Cd. de México:FUNSALUD/LIMUSA, 1996.
- 17 Zacarias F. El Sida en el Mundo. Gaceta Médica de México. 1996; 132 Suppl 1. En Prensa.
- 18 UNAIDS. Fact sheet. 1 July 1996. Geneva: UNAIDS, 1996.
- 19 Izazola-Licea JA. El Impacto del Sida en América Latina: Hacia un enfoque regional. Gaceta Médica de México. 1996; 132 Suppl 1. En Prensa.
- 20 Murray CJL, Lopez AD, & Jamison D.T.. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. In: C.J.L. Murray & A.D. Lopez (eds.). Global comparative assessments in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages. World Health Organization, Geneva: 1994. Pp. 97-138.
- 21 Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Vigilancia epidemiológica del Sida en las Américas. Informe Trimestral 10 de marzo de 1996. OPS/HCA/96.004. Información disponible en internet <http://www.paho.org>.
- 22 Izazola-Licea JA, Valdez-García M, Sánchez-Pérez HJ, del Río-Chiriboga C. La mortalidad por el Sida en México de 1983 a 1992. Tendencias y años perdidos de vida potencial. Salud Publica Mex 1995;37:140-148.
- 23 Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA). Situación epidemiológica del Sida. Datos actualizados

- hasta el primer trimestre de 1996. Sida-ETS (México)-Separata 1996;2:Num. 1:I-XX. Información disponible en internet <http://cenids.ssa.gob.mx//>
- 24 Hessol NA, Buchbinder SP, Colbert D, et al. Impact of HIV infection on mortality and accuracy of AIDS reporting on death certificates. *Am J Public Health*. 1992;82:561-564.
 - 25 Buehler JW, Devine OJ, Berkelman RL, Chevarley FM. Impact of the Human Immunodeficiency Virus epidemic on mortality trends in young men, United States. 1990 *AJPH*;80:1080-1086.
 - 26 Lozano R. Comunicación Verbal. Carga de la Enfermedad en VIH/Sida y ETS en América Latina y el Caribe. Investigación en proceso, 1996.
 - 27 Stein M, O'Sullivan P, Wachtel, et al. Causes of Death in persons with Human Immunodeficiency Virus infection. *AJ of Medicine* 1992;:93:387-390.
 - 28 Esta sección está basada en el capítulo posterior de esta publicación. "Epidemiología del VIH y medidas de Salud Pública para su Control". Escrito por Carlos Avila-Figueroa.
 - 29 Amuchastegui A. "Aportaciones de las Ciencias Sociales para la Prevención del Sida". En: Izazola JA (ed). *Sida: Ultimos conocimientos sobre la epidemia*". Cd. de México: FUNSALUD/LIMUSA, 1996.
 - 30 Vandale S, Volkow P. Mujeres y vulnerabilidad para el VIH: perspectivas para la prevención. En: Izazola JA (ed). *Sida: Ultimos conocimientos sobre la epidemia*". Cd. de México: FUNSALUD/LIMUSA, 1996.
 - 31 Esta sección está basada en el capítulo posterior de esta publicación. "Impacto económico y Sida". Escrito por Enrique González.
 - 32 González E. ""En: Izazola JA (ed). *Sida: Ultimos conocimientos sobre la epidemia*". Cd. de México: FUNSALUD/LIMUSA, 1996.
 - 33 The World Bank. *World Development Report 1993. Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 99-107.
 - 34 Hillman AL. "Cost-effectiveness: from whose perspective?" "*JAIDS and Human Retrovirol* 1995; 10(suppl 4): S14-S18.
 - 35 Schulman KA, Lynn LA, Glick HA, Eisenberg JM. "Cost effectiveness of low-dose zidovudine therapy for asymptomatic patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection".

- 36 Del Río C. “Tratamientos para el Sida y padecimientos asociados: costo y efectividad”. *Gaceta Médica de México*. 1996; 132 Suppl 1. En Prensa.
- 37 Shepard D, y cols. Expenditures on HIV/AIDS: Levels and Determinants, Lessons from five countries. Presentado en: the World Bank, the European Commission and UNAIDS. “AIDS and development: the role of government”. Chateau de Limelette, Limelette, Belgium, June 17-19, 1996.
- 38 Izazola-Licea JA, Saavedra J, Prottas J, Shepard D. Levels and determinants of expenditures on the treatment and prevention of HIV/AIDS in Mexico. Presentado en: the World Bank, the European Commission and UNAIDS. “AIDS and development: the role of government”. Chateau de Limelette, Limelette, Belgium, June 17-19, 1996.
- 39 Esta sección está basada en el capítulo posterior de esta publicación: “El papel de los gobiernos en la lucha contra el VIH/Sida”. Escrita por Jorge Saavedra.
- 40 Cowal SG. UNAIDS: Toward an expanded response to the HIV/AIDS pandemic. *Gaceta Médica de México*. 1996; 132 Suppl 1. En Prensa.
- 41 Esta sección está basada en el capítulo posterior de esta publicación: “Aportaciones de las Ciencias Sociales para la Prevención del Sida”. En: Izazola JA (ed). *Sida: Últimos conocimientos sobre la epidemia*”. Escrita por Ana Amuchastegui.

FIGURA 1
DISTRIBUCIÓN ESTIMADA, AL PRIMER SEMESTRE DE 1996,
EN ADULTOS Y NIÑOS INFECTADOS CON VIH DESDE FINALES DE 1970'S
(TOTAL GLOBAL: 27.9 MILLONES)

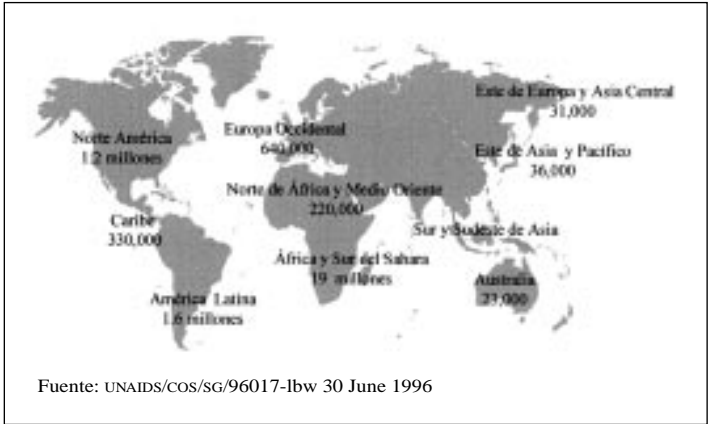


FIGURA 2
PREVALENCIA DE VIH EN ADULTOS POR REGIONES, HASTA MEDIADOS DE 1996

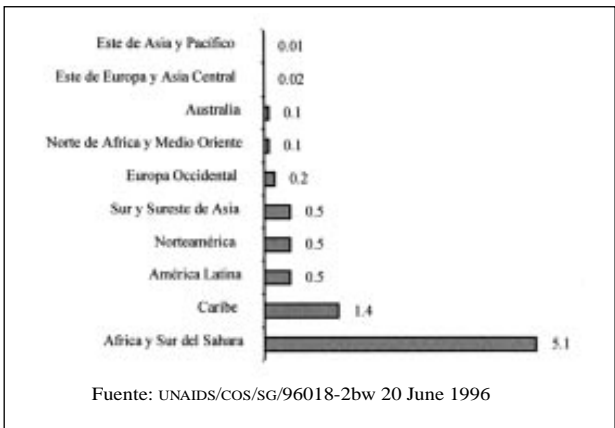


FIGURA 3
INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTOS DE RIESGO
1983/95
ÁREA ANDINA

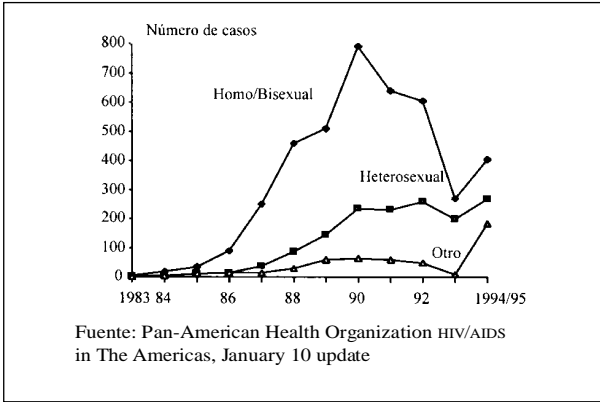


FIGURA 4
INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO
1983-1994/95
MÉXICO

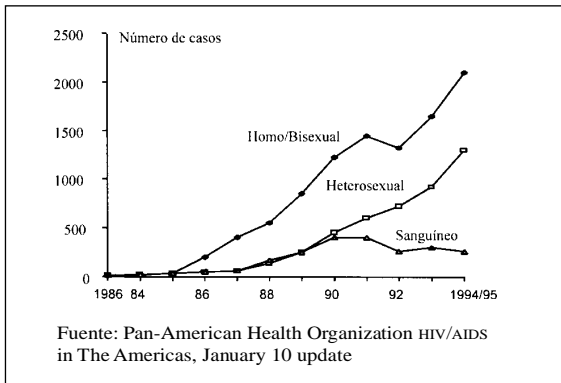


FIGURA 5
INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO
1982-1994/95
CONO SUR

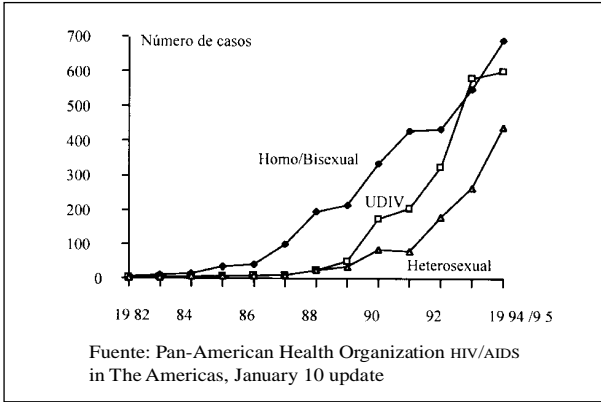


FIGURA 6
INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO
1980-1994/95
BRASIL

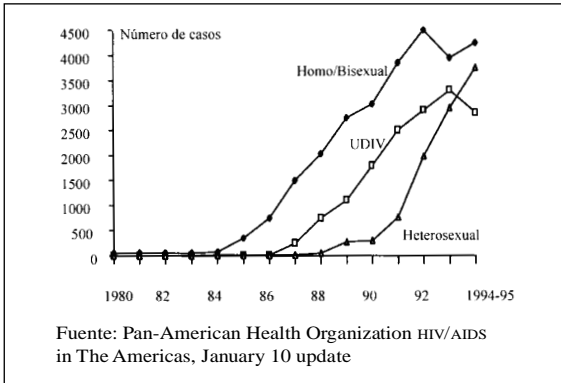


FIGURA 7
INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTOS DE RIESGO
1981-1994/95
CARIBE

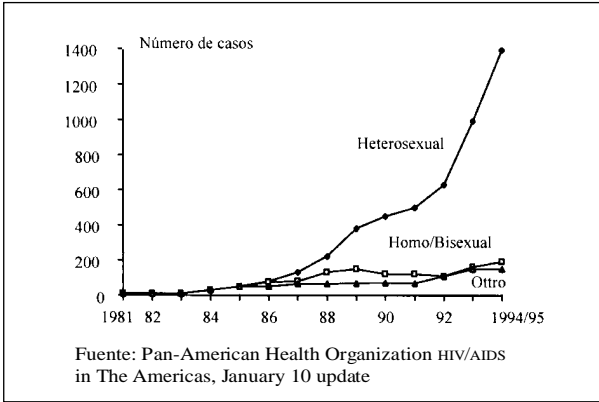


FIGURA 8
INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO
1983-1994/95
CENTRO AMÉRICA

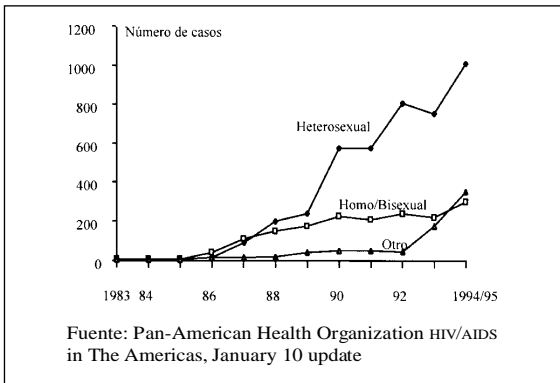


FIGURA 9
 TASA DE MORTALIDAD* DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
 EN HOMBRES DE 25 A 34 AÑOS

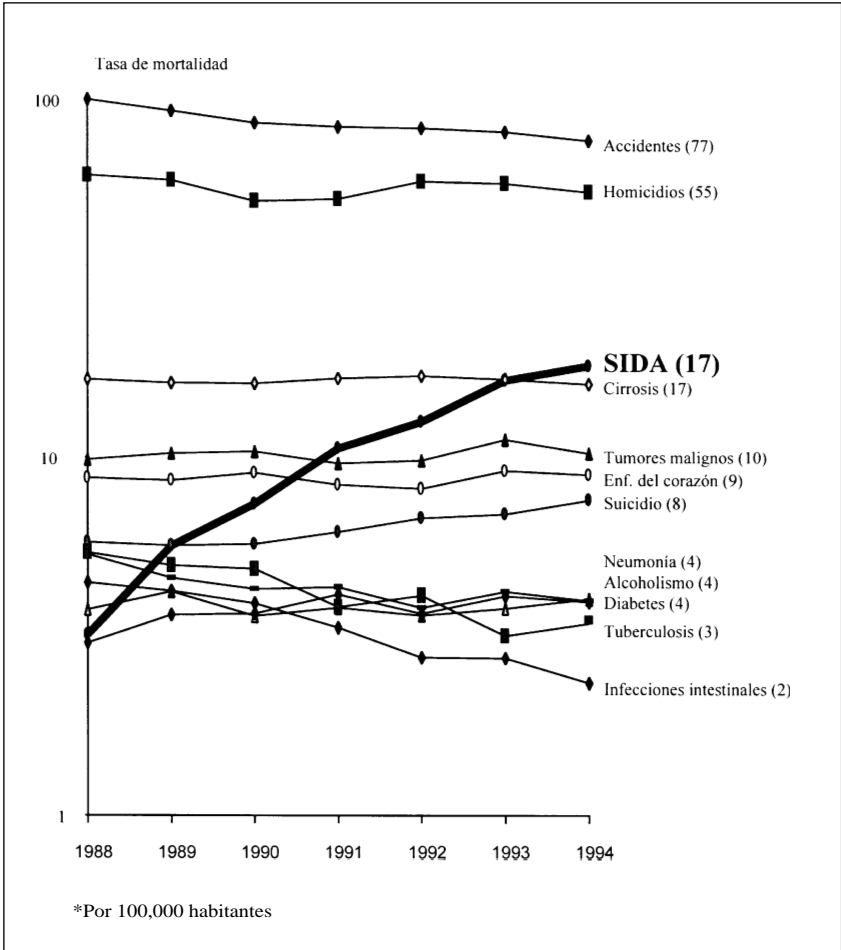
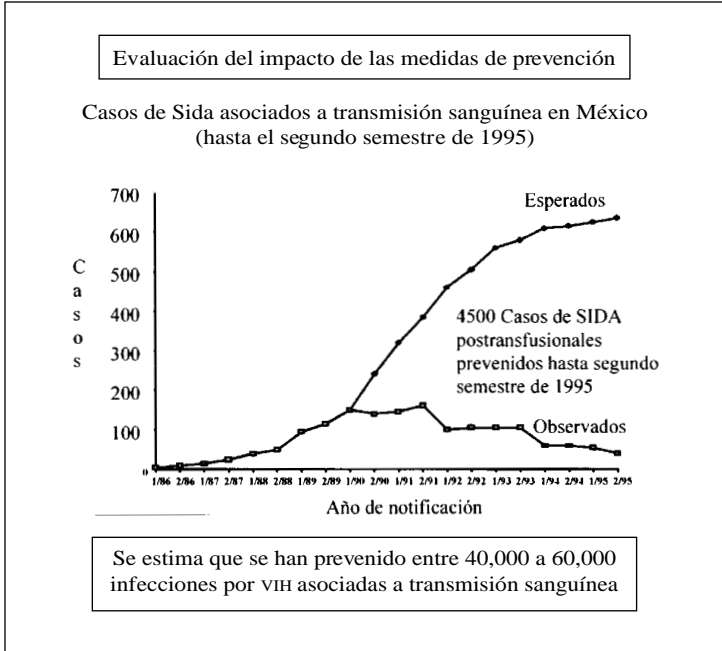


FIGURA 10
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN MÉXICO



CUADRO 1
AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS (AVISA)
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

	Total	Hombres	Mujeres
Todas las causas	102,892	57,218	45,674
<u>Transmisibles, maternas y Perinatales</u>	43,415	22,649	20,766
Enfermedades infecciosas y parasitarias	25,851	13,783	12,067
ETS excluyendo VIH	2,403	244	2,159
Infección por VIH	4,435	3,414	1,021
<u>No transmisibles</u>	44,030	22,847	21,183

CUADRO 2
GASTOS EN SALUD POR TIPO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO
ESTIMACIONES PRELIMINARES. MÉXICO, 1995
(MILLONES DE USD)

Tipo de gastos	Fondos Públicos	Fondos Privados	Fondos Internacionales	Total
Prevención	578.1 7%	86.0 1%	57.8 1%	721.9 9%
Tratamiento	5,331.0 65%	1,641.0 20	28.9 1%	7,000.9 85%
Mitigación	467.6 6%	0 0%	0 0%	467.6 6%
Total	6,376.7 78%	1,727.0 21%	86.7 1%	8,190.4

CUADERNO FUNSALUD

CUADRO 3
 GASTOS EN VIH/SIDA POR TIPO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO
 ESTIMACIONES PRELIMINARES. MÉXICO, 1995
 (MILLONES DE USD)

Tipo de Gastos	Fondos Públicos	Fondos Privados	Fondos Internacionales	Total
Prevención	16.6	11.9	0.9	29.4
	21%	15%	1%	9%
Tratamiento	24.0	25.4	0.0	49.4
	30%	32%	0%	85%
Mitigación	0.2	0	0	0.2
	<1%	0%	0%	6%
Total	40.8	37.3	0.9	79.1
	52%	47%	1%	

CUADRO 4
 PORCENTAJE DE GASTOS EN SALUD Y SIDA

	Fondos Públicos	Fondos Privados	Fondos Internacionales	Total
Prevención				
Salud	7%	1%	1%	9%
Sida	21%	15%	1%	37%
Tratamiento				
Salud	65%	20%	<1%	85%
Sida	30%	32%	0%	62%
Mitigación				
Salud	6%	0%	0%	6%
Sida	<1%	0%	0%	<1%
Total				
Salud	78%	21%	1%	8,190.4
Sida	52%	47%	1%	79.1

CUADRO 5
GASTOS EN PREVENCIÓN POR TIPO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO
MÉXICO, 1995

	Total	Información/ Educación/ Comunicación	Bancos de sangre	Condomes
Fondos Públicos	16.6 (56%)	5.5 (19%)	11.1 38%	0 (0%)
Gubernamentales	7.8 (26%)	2.3 (8%)	5.5 (19%)	0
Seguro Social	8.8 (30%)	3.2 (11%)	5.5 (19%)	0
Fondos Privados	11.9 (40%)	4.0 (14%)	5.3 (18%)	2.6 (9%)
Gasto de Bolsillo	2.9 (10%)	0.3 (1%)	0	2.6 (9%)
Seguros Privados	0 (%)			
Empleador	3.2 (11%)	3.2 (11%)	0	0
ONG	5.8 (20.0%)	0.5 (2%)	5.3 (18%)	0
Fondos Internacionales	0.9 (3%)	0.8 (3%)	0	0.1 (<1 %)
Total	29.5 (100%)	10.4 (35%)	16.4 (56%)	2.7 (9%)

CUADRO 6
 GASTOS DE TRATAMIENTO DE VIH/SIDA
 POR TIPO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO
 MÉXICO, 1995

	Hospital	Visitas Clínicas	Anti- retrovirales	Otras Fármacos	Pruebas de Lab.	Total
Público	4.8	0.6	9.9	5.4	3.3	24.0
	(10%)	(1%)	(20%)	(11%)	(7%)	(49%)
Gobierno	0.5	0.2	0.2	1.2	1.8	3.9
	(1%)	(<1%)	(<1%)	(2%)	(4%)	(8%)
Seguro Social	4.3	0.4	9.7	4.2	1.5	20.1
	(9%)	(1%)	(20%)	(9%)	(3%)	(41%)
Privado	1.5	1.1	10.6	7.3	4.8	25.4
	(3%)	(2%)	(21%)	(15%)	(10%)	(51%)
Gasto de bolsillo	1.5	0.9	10.6	7.3	4.8	25.2
	(3%)	(2%)	(21%)	(15%)	(10%)	(51%)
ONG's	0	0.2			0	0.2
	(0%)	(<1%)	(0%)			(<1%)
Total	6.3	1.7	20.5	12.7	8.1	49.4
	(13%)	(3%)	(41%)	(26%)	(16%)	(100%)

IMPPLICACIONES ECONÓMICAS DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA Y RACIONALIDAD ECONÓMICA PARA LA PREVENCIÓN

Enrique González*

INTRODUCCIÓN

Cuando el Sida hizo su aparición a principios de los ochenta, se consideró principalmente como un problema de salud pública, y debido a que la infección del virus VIH era asociada a determinadas prácticas sexuales, en algunos países se presentaba el dilema de considerar al Sida como una cuestión de ética y moral o de salud pública. Claramente, la discusión de ese dilema desviaba la atención de los puntos centrales del problema, y actualmente además de ser un problema de salud pública, el Sida se ha convertido en una preocupación para el desarrollo económico.

Con 26 millones de infecciones proyectadas para fines de siglo(1), la epidemia de VIH/Sida es una preocupación prioritaria para la comunidad mundial. Las dimensiones de la epidemia están cambiando dramáticamente, y la necesidad de cuidado de largo plazo y prevención, especialmente para la creciente población de jóvenes y mujeres infectados, está conduciendo a nuevos enfoques a la epidemia, actualmente un problema tanto de salud pública como de desarrollo.

En este ensayo analizamos, en la siguiente sección, el impacto —actual y potencial— de la epidemia de VIH/Sida en el desarrollo económico. Se pone énfasis especial al hecho de que actualmente la epidemia está concentrada en adultos en sus años más productivos, y que parece estar desplazando a los adolescentes, lo que implicaría una concentración en este grupo en el futuro. Los extraordinarios costos del tratamiento de pacientes con VIH/Sida y las pérdidas debidas a la epidemia se analizan en la Sección 6.3., ya que este es un tópico que merece una discusión amplia.

*Sub-gerente de Economía Internacional en el Banco de México.

La Sección 6.4. trata de la importancia de dedicar más recursos, y utilizarlos de manera más efectiva, a esfuerzos de prevención. Esto es particularmente importante para los países latinoamericanos, y en general para las naciones en desarrollo, ya que un país no tiene que ser rico para ser exitoso en cuanto a prevención. Por último, la Sección 6.5. presenta la conclusión del trabajo.

IMPACTO DEL VIH/SIDA EN EL DESARROLLO

EL PRODUCTO PER CÁPITA ES AFECTADO ADVERSAMENTE

En el largo plazo, la productividad (la producción por trabajador) es casi todo lo que importa para el desarrollo económico. La capacidad de un país para mejorar su estándar de vida a través del tiempo depende casi por completo en su habilidad para elevar su producto por trabajador. Para ser justos, y como una cuestión de pura aritmética y al menos en una economía cerrada¹, existen tres formas de elevar el consumo per cápita de un país:

(i) Aumentar la productividad, de tal manera que cada trabajador produzca más.

(ii) Poniendo una mayor proporción de la población a trabajar.

(iii) Dedicando una porción más pequeña del producto del país a la inversión, y destinar una mayor parte de la capacidad productiva del país a manufacturar bienes para el consumo presente.

De hecho, el Sida afecta las tres formas que pueden aumentar el consumo per cápita de un país, y los siguientes argumentos pueden contribuir a reforzar la denominación de la economía como la “ciencia

¹ Una economía abierta, esto es, aquella que comercia bienes y servicios con el exterior, también puede aumentar su bienestar a través de : a) pedir préstamos al exterior y posteriormente, importar más de lo que exporta, o b) obteniendo un mejor precio por sus exportaciones y así poder comprar más importaciones sin pedir préstamos al exterior. Véase Krugman (1994).

lúgubre”. Primero, el Sida afecta la productividad porque siendo una enfermedad, implica menos días de trabajo, menores oportunidades de obtener empleos mejor remunerados y vidas de trabajo más cortas².

Además, los trabajadores más saludables son mejor remunerados porque son más productivos. Es importante destacar que cuando el Sida ataca, la producción y las ganancias perdidas de un individuo a menudo no son detectadas en las estadísticas económicas, ya que son simplemente trasladadas a la familia. Esto es porque en muchos países en desarrollo es muy poco común el seguro de desempleo (o de incapacidad), y los miembros más saludables de la familia trabajan más duro o durante más tiempo para compensar la pérdida de ingreso familiar. Cabe mencionar que los efectos de perder a un adulto debido al Sida persisten en la siguiente generación, ya que los niños son a menudo retirados de las escuelas para ayudar con los gastos familiares.

Conviene destacar que el Sida tiene una prevalencia mucho menor en los países en desarrollo que enfermedades tales como la malaria, pero su impacto económico por caso es mayor por dos razones:

(1) Afecta principalmente a adultos en sus años más productivos. El Sida, al afectar principalmente a personas en sus años de adulto económicamente más productivos, tiene efectos económicos negativos poderosos sobre las familias, las empresas y los países. Por ejemplo, en América latina, alrededor del 90 por ciento de los casos de VIH/Sida están concentrados en hombres y mujeres -principalmente en los primeros- en edades entre 25 y 45 años. Asimismo, dado que muchas de las víctimas del Sida son el padre y/o la madre (jefes de familia), la enfermedad destruye a las familias.

(2) Las infecciones que resultan del VIH/Sida conducen a una fuerte demanda de tratamientos caros. En los países altamente infecta-

² Esto es cierto para todas las enfermedades, pero enseguida veremos por qué el Sida es un caso especial y su impacto económico por caso es mayor.

dos, la carga de casos costosos de infecciones oportunistas relacionadas al Sida afectan considerablemente sus sistemas de salud. Si la epidemia del VIH/Sida continua sin control adecuado, la demanda acelerada de cuidados de salud de los pacientes de Sida desplazarán las necesidades de otros pacientes. La Sección 6.3. analiza con más detalle los costos del VIH/Sida.

En relación al siguiente inciso (poniendo una mayor proporción de la población a trabajar), esta es una buena oportunidad para desacreditar el argumento en el sentido de que, en los países en desarrollo, caracterizados por tener abundancia de mano de obra barata y elevado desempleo, el Sida no constituye realmente un problema porque los trabajadores enfermos o fallecidos serán reemplazados por personas desempleadas y deseosas de trabajar. Este argumento puede ser válido mientras existan suficientes personas desempleadas y deseosas de trabajar para reemplazar a los que ya no pueden trabajar debido al Sida, pero aún en los países con las tasas de desempleo más elevadas, el “ejército de reserva” eventualmente desaparecerá en presencia de una enfermedad para la cual no existe cura, como es el caso del Sida.

En presencia de una enfermedad como el Sida, el pleno empleo sería finalmente alcanzado. ¿Qué seguiría? Si una cura continúa siendo evasiva (o aun si una cura estuviera disponible pero prohibitivamente costosa para los países en desarrollo, como sería muy posiblemente el caso de una cura del Sida), y si los casos de Sida crecen —como pueden potencialmente hacerlo— más rápido que la fuerza de trabajo, entonces la producción será negativamente afectada, ya que la fuerza laboral en la economía en pleno empleo comenzará a declinar, con consecuencias adversas sobre el bienestar social.

En un estudio sobre costos del Sida en El Salvador, Nicaragua y Guatemala (2) se encontró que un empleado con Sida es activo en la fuerza de trabajo durante solamente 10 años, comparado con 25 y 30 años para el caso de un trabajador centroamericano promedio, lo que sugiere una disminución de 60 a 70 por ciento en la vida productiva de un trabajador. El estudio reporta que aproximadamente 1 en 300 a 350 adultos se encuentran actualmente infectados con VIH en los tres países centroamericanos, y proyecta que para el año 2000 es posible que esta tasa de pre-

valencia aumente en 100 por ciento, de tal manera que para esos años podría haber entre 70,000 y 160,000 infecciones de VIH.

¿Y qué tendríamos en relación al tercer inciso? En primer lugar, dedicar una mayor parte de la capacidad productiva del país para propósitos de consumo y a expensas de la inversión no constituye una manera de aumentar el consumo en el largo plazo, pues se puede consumir más por un tiempo invirtiendo menos ahora, pero esto recortará sin duda nuestra capacidad para consumir en el futuro. Pero aún si las generaciones presentes eligieran consumir más ahora a expensa de su consumo —o el de sus descendientes— en el futuro, el Sida pone obstáculos poderosos a esta posibilidad. Esto es así porque el extremadamente elevado costo del tratamiento de pacientes con Sida distrae recursos del consumo.

Como corolario, el costo sumamente elevado del tratamiento del Sida también impediría que aumentara la inversión —en caso de que la sociedad eligiera diferir el consumo presente— ya que dicho costo impediría que la sociedad ahorrara con propósitos de elevar sus estándares futuros de vida. Los costos del VIH/Sida merecen una discusión más amplia (ver Sección 6.3.) puesto que la distracción de recursos escasos en los países en desarrollo —caracterizados también por escasez de capital— es un asunto de importancia considerable.

LAS CORPORACIONES HARÍAN BIEN EN INVOLUCRARSE MÁS

Es importante indicar que, así como el Sida se ha convertido en una preocupación para el desarrollo económico, también debe convertirse en un asunto a considerar por el sector privado, y no solamente para el sector público, ya que las empresas privadas podrían verse severamente afectadas por la epidemia. Debido al Sida, los gastos de las empresas podrían aumentar debido a mayores cuidados de salud, reentrenamientos y seguros, mientras que se puede esperar que sus ingresos declinen debido al ausentismo y la menor productividad de los trabajadores de reemplazo.

Aunque gran parte del empleo en los países en desarrollo —incluyendo a América latina— en el sector formal, es de ensamblaje (por

ejemplo las maquiladoras en la frontera norte de México), más que de investigación y desarrollo, el horizonte de las corporaciones apunta hacia el mantenimiento de una fuerza de trabajo barata y flexible. Esta estrategia no deja mucho espacio para enfrentar los efectos de una infección con un período latente de 10 años.

Las corporaciones multinacionales, que pueden tener programas activos de salud en sus casas matrices en América del Norte y Europa, desafortunadamente no han extendido sus esfuerzos a sus subsidiarias en el extranjero (3). A pesar de la creciente amenaza del Sida, las corporaciones continúan considerando a la epidemia del Sida como una cuestión de salud que debe atender el sector público, y en la que ellos no tienen nada que ver.

La tarea es entonces convencer al sector privado en los países en desarrollo —tanto a las empresas multinacionales como a las internas— que si elige ignorar la epidemia del Sida será en su propio perjuicio. La realidad que implica el Sida en términos de costos no es actualmente parte de las estrategias de la comunidad corporativa en los países en desarrollo. Sin embargo, sin un control adecuado, la epidemia del VIH/Sida hará que las empresas tengan que prescindir de empleados entrenados y difíciles de reemplazar.

Además, en tanto más y más personas gasten sus recursos debido al Sida, tendrán un menor ingreso disponible, y las empresas se enfrentarán a mercados cada vez más pequeños para sus bienes y servicios. En Tailandia, uno de los países en desarrollo de ingreso medio más afectados, el impacto económico sobre el gasto familiar ha sido considerable cuando un miembro de la familia es afectado por la enfermedad. Más de la mitad de las familias afectadas han visto su consumo de bienes y servicios reducido en un 40 a un 60 por ciento debido sólo a los costos directos de la enfermedad. Un tercio de las familias también padecieron pérdida de su ingreso, y el 60 por ciento de las familias se vio forzada a retirar recursos de sus ahorros (4).

LOS ADOLESCENTES Y EL SIDA

De acuerdo al Dr. Chittick (5), actualmente evoluciona una ola potencialmente devastadora de VIH/Sida extendiéndose silenciosamente entre los adolescentes sexualmente activos en todo el mundo. Esta nueva ola no discrimina. Cualquier adolescente que actualmente tiene relaciones sexuales sin protección, especialmente con más de una persona, tiene un riesgo mayor de ser infectado en el futuro cercano. La amenaza crece peligrosamente a medida que el grupo de adolescentes sexualmente activos se contamina con VIH/Sida durante el resto de la presente década.

El problema del VIH/Sida entre la juventud se hace más complicado porque los programas de prevención actuales sobre Sida que tienen como objetivo a los grupos de alto riesgo (de acuerdo a sus prácticas) han tenido poco impacto en los adolescentes, quienes crecen en su invulnerabilidad de jóvenes. Puesto que actualmente el Sida entre los adolescentes no es evidente en la mayoría de las comunidades, es fácil suponer que el VIH plantea un peligro menor a los jóvenes aún cuando sean sexualmente activos. No solamente pasa desapercibido el problema del Sida entre los jóvenes, sino que además es usual que la mayoría de los jefes de familia y las comunidades raramente discutan la amenaza con los adolescentes.

Aunque algunas campañas preventivas han contribuido a prácticas sexuales más seguras y al aplazamiento de la actividad sexual entre los adolescentes, la instrucción de prevención en los programas escolares es comúnmente inefectiva e infrecuente, si no es que completamente ausente, particularmente en los países en desarrollo. La realidad es que los adolescentes se encuentran en un riesgo creciente debido a que los adultos prefieren ignorar su responsabilidad de dar información adecuada a los jóvenes. Hasta que se reconozca el riesgo, el VIH/Sida tiene el potencial de expandirse exponencialmente entre la juventud.

Durante los últimos quince años de la epidemia del VIH/Sida, las edades medias de casos de Sida han venido cayendo de manera creciente. ONUSIDA y el Instituto de Sida de Harvard reportan actualmente mayores tasas de infección de VIH entre los jóvenes (5). De hecho, mu-

chas personas que desarrollan enfermedades relacionadas al Sida en los grupos de edades entre 20 y 35 años probablemente contrajeron el VIH en su adolescencia.

Desde un punto de vista económico, puesto que una fuerza de trabajo joven y abundante es uno de los pocos activos económicos de los países en desarrollo, y los recursos para una sustitución por capital son muy limitados, los efectos relativos en términos de productividad pueden ser sustancialmente mayores que en los países industrializados.

Actualmente los jóvenes viajan más que las generaciones anteriores. Muchos jóvenes dejan su medio rural en busca de trabajo en áreas urbanas, a menudo cruzando fronteras y emigrando a diferentes partes del mundo en busca de mejores estándares de vida. Este es el caso en varios países latinoamericanos —especialmente México— donde gente joven emigra principalmente a los Estados Unidos buscando mejores oportunidades de empleo.

Como resultado, estos jóvenes -quienes están en su plenitud sexual- se encuentran de pronto como extraños en un ambiente externo en donde nuevas costumbres reemplazan las tradiciones familiares a las que están acostumbrados. A menudo sin estructuras comunales o sociales que los guíen, estos adolescentes con dos culturas son más vulnerables a peligros desconocidos. Incapaces de dominar rápidamente un nuevo idioma y los detalles de una cultura distinta, los inmigrantes jóvenes permanecen sin información adecuada acerca de las consecuencias de sus conductas de alto riesgo. Si posteriormente regresan a sus lugares de origen, como de hecho a menudo sucede, el VIH/Sida viaja con ellos, lo cual es un factor para la rápida expansión del Sida a nivel global.

LOS COSTOS DEL VIH/SIDA

El VIH/Sida tiene un alto impacto macroeconómico debido en parte a los elevados costos de tratamiento, que distraen recursos de inversiones productivas. Debido a que los individuos con VIH/Sida son típicamente más propensos a neumonía, diarrea y tuberculosis, el costo del cuidado médi-

co es alto aún cuando no hay a la fecha un tratamiento efectivo para la enfermedad en sí misma. Más específicamente, los costos del VIH/Sida se clasifican comúnmente en directos e indirectos:

COSTOS DIRECTOS

Estos son los costos del cuidado personal y de salud que necesita un individuo infectado, incluyendo los servicios no personales, tales como los exámenes de sangre, la educación de salud, el entrenamiento de personal y la investigación. De acuerdo al Banco Mundial (1) en 1992 los países en desarrollo gastaron alrededor de 340 millones de dólares en el cuidado de pacientes con Sida. Aunque esto es sólo una fracción de los 4,700 millones gastados en los países industriales para el cuidado de sus pacientes con Sida, es casi el doble del monto dedicado a la prevención del Sida en el mundo en desarrollo. Si el gasto por paciente permanece constante, el monto destinado al cuidado de los pacientes con Sida en los países en desarrollo más que se triplicaran para el año 2000, situándose en 1,100 millones de dólares.

Otras estimaciones de los costos del tratamiento de las personas con Sida en los países en desarrollo incluyen las hechas por Over et al. Sin embargo, estas estimaciones están basadas en la opinión de expertos debido a la ausencia de datos, por lo que deben ser consideradas preliminares (6) . No obstante, los resultados presentados en el Cuadro 1 son indicativos del rango de los costos de tratamiento del Sida prevalecientes en los países en desarrollo.

Las estimaciones muestran que el costo por paciente varía considerablemente, tanto entre países como dentro de un país en particular. La mayor parte de la variación en costos es causada por diferencias en los salarios pagados a los encargados de atender a los pacientes, que tienden a variar con los niveles de producto nacional bruto (PNB) per cápita.

Los costos de tratamiento por caso exhiben diferencias dentro de los países debido básicamente a dos razones: (i) la variación en los síntomas clínicos que se manifiestan y (ii) la variación en las caracte-

CUADRO 1
 COSTOS DE TRATAMIENTO DEL SIDA EN PAÍSES EN DESARROLLO SELECCIONADOS
 X

País	PNB per cápita	Costo de tratamiento		Costo de tratamiento como % del PNB per cápita	
		Bajo	Alto	Bajo	Alto
Brasil	2,160	6,000	12,000	278	556
México	2,080	3,286	7,344	158	353
Tanzania	290	104	631	36	218
Zaire	170	132	1,585	78	932

Nota: Las estimaciones de Brasil son en dólares de 1988, las de México en dólares de 1985, Tanzania y Zaire, dólares de 1986. Las estimaciones bajas y altas corresponden, respectivamente, a las opciones más modestas y a los cuidados de salud más completos disponibles en cada país. El costo promedio típicamente será más cercano al límite bajo que al alto.

Fuente: Over et al 1988; Tapia y Martin 1990, Over y Piot 1993.

terísticas médicas e institucionales de las opciones de cuidado de salud disponible (7).

El Cuadro 1 muestra también que con la excepción del límite superior del costo de tratamiento en Zaire, los límites inferior y superior de dicho costo representan una proporción más elevada del PNB en los países latinoamericanos que se muestran que en las naciones africanas. Los costos de tratamiento de pacientes con Sida se elevan hasta casi 6 veces el PNB per cápita en el caso de Brasil.

En los países más pobres tiende a haber mayor variación de costos en términos porcentuales, debido a que sólo una pequeña parte de los episodios de la enfermedad son tratados en un ambiente de hospitalización de alto costo. En los países industriales también existe variación en los costos

pero en un grado menor, ya que la cobertura de seguros de salud provee de un mejor acceso al cuidado hospitalario a una mayor proporción de la población, y el tratamiento estándar es utilizado más ampliamente.

También se han realizado estimaciones de costos de tratamiento de pacientes con Sida en países centroamericanos. Galia (2) reporta que los costos de tratamiento por paciente con Sida en las etapas finales de la enfermedad se estiman entre 600 y 3,000 dólares en El Salvador, Nicaragua y Guatemala, y pueden elevarse hasta 6,000 dólares en algunos hospitales privados.

El impacto macroeconómico del VIH/Sida en los países en desarrollo también ha sido investigado. Hancock (8) ha estimado cómo la epidemia puede afectar la macroeconomía de Kenia. El análisis toma en consideración efectos de morbilidad (aumentos en gastos de servicios de salud y aumentos en el ausentismo) y efectos de mortalidad (una fuerza de trabajo más pequeña y con menos entrenamiento) para determinar cómo el Sida puede afectar el producto interno bruto (PIB) de Kenia.

El estudio proyecta que para el año 2005, el PIB de Kenia sería cerca de 1/6 menor del nivel que tendría en ausencia del Sida. Además, se proyecta que para ese año el ingreso per cápita se reduzca en 10 por ciento como resultado del Sida. Esta pérdida sería atribuida a una pérdida en la productividad de la fuerza laboral, reducción en la inversión y el ahorro, y cambios de la oferta y la demanda en el mercado de trabajo. El estudio pronostica asimismo, que la tasa de ahorro de Kenia declinaría en 15 por ciento para el año 2005 como consecuencia del Sida.

COSTOS INDIRECTOS

Éstos son los costos en términos de producción perdida debido a la morbilidad y la mortalidad del Sida, incluyendo estimaciones del valor de la producción no directamente valuada por el mercado, como las tareas del hogar y la agricultura de subsistencia. Las autoridades de salud han tendido a ignorar estos costos. Sin embargo, siendo una enfermedad fatal que se registra principalmente en personas -especialmente varones-

en edad productiva, el Sida representa una pérdida sustancial de años de trabajo productivo. Estudios en países industrializados sugieren que estos costos pueden llegar a ser cinco o seis veces más elevados que los costos en cuidados de salud e investigación del VIH/SIDA (9, 10).

Algunas estimaciones de los costos indirectos de la epidemia del Sida utilizan el denominado “enfoque de capital humano”³ (11, 12), de acuerdo al cual los costos de morbilidad son los salarios perdidos por las personas incapaces de trabajar debido a la enfermedad, y los costos de mortalidad son el valor presente de los ingresos futuros perdidos por las personas que mueren de manera prematura.

Los costos de mortalidad están concentrados en varones en sus años más productivos, y se ha calculado que representan alrededor del 94 por ciento de los costos indirectos totales, los que a su vez se estimaron en los Estados Unidos en alrededor de 55,600 millones de dólares, esto es, casi siete veces el costo de los cuidados médicos directos (9).

Cabe señalar que el enfoque de capital humano subestima el valor de un año de vida saludable de los individuos subempleados o desempleados, y posiblemente sobrestima el valor relativo de un año de vida saludable de un individuo cuyo salario está basado más en rentas monopólicas que en su contribución a la sociedad. No obstante, la medición de los años productivos de vida saludable perdidos debido a una enfermedad a través del ingreso promedio anual, puede al menos proporcionar una guía provisional al tomador de decisiones enfrentado con el problema de asignación inter-sectorial de recursos.

OTROS COSTOS

Si los costos indirectos son a menudo ignorados en el cálculo de la carga del VIH/Sida, hay otros costos relacionados a la enfermedad que son aún más a menudo ignorados, pero que deben ser tomados en cuenta:

³ Ver por ejemplo Hardy (1986) y Scitovsky (1986).

(i) *Costos directos invisibles*. Estos son representados por los servicios proporcionados por la familia, los amigos y las instituciones de caridad. Aunque no remunerados, estos servicios representan un consumo real de recursos, y por lo tanto un costo real. Estos costos son comúnmente ignorados, pues no son cubiertos por los presupuestos de las agencias de salud, y también porque usualmente no hay información para estimarlos. Sin embargo, su omisión puede llevar a una suboptimización al elegir entre distintos proyectos.

(ii) *Costos indirectos invisibles*. Estos son los costos de reacciones intangibles y menor calidad de vida a través de factores como dolor, incapacidad, miedo, ansiedad, aislamiento, estigma, depresión, etc. Estos costos son obviamente importantes en el caso del Sida, pero son tan difíciles de evaluar que a la fecha no ha habido intentos de estimarlos.

POR QUÉ SE DEBEN DESTINAR MAS RECURSOS A LA PREVENICION

LA PREVENCIÓN RINDE BENEFICIOS ENORMES

La buena noticia es que los efectos potencialmente devastadores de la epidemia del VIH/Sida pueden ser frenados con recursos relativamente modestos. Como se mencionó anteriormente, un país no tiene que ser rico para ser exitoso en esfuerzos de prevención. La conveniencia de la prevención en el caso del VIH/Sida es considerablemente importante dados los vastos beneficios de la acción preventiva y los enormes costos futuros en que se incurre en ausencia de prevención. De hecho, puesto que no hay vacuna o cura para el Sida, la prevención básica es la única forma de enfrentar la epidemia.

De acuerdo a Over y Piot (6), el tratamiento de VIH/Sida a través de la administración profiláctica de un agente antiviral como acidotymidine (AZT) no es una opción costo-efectiva en los países en desarrollo. Esta situación podría cambiar dramáticamente si el precio de la terapia antiviral se reduce sustancialmente, pero actualmente drogas como AZT son sumamente caras, tienen efectos colaterales severos, y so-

lamente pueden, en el mejor de los casos, retrasar el comienzo del Sida y prolongar la vida en cierta medida.

Un año de AZT cuesta más de 3,000 dólares, una cifra prohibitivamente alta. Las opciones de tratamiento en muchos países de bajo ingreso se encuentran entonces limitadas al alivio del dolor de infecciones oportunistas —usualmente tuberculosis, diarrea y candidiasis— que afligen a las personas infectadas con VIH. La planeación estratégica puede reducir considerablemente los costos a través del uso de un número pequeño de drogas menos caras y de cuidados familiares y comunitarios siempre que esto sea posible.

La prevención implica costos relativamente modestos y, si se lleva a cabo de manera efectiva, rinde enormes beneficios. El Banco Mundial reporta que estudios en nueve países en desarrollo y siete países industrializados sugieren que prevenir un caso de Sida ahorra, en promedio, un monto equivalente a cerca de dos veces el PNB per cápita en costos de cuidado médico descontados, y en algunas áreas urbanas el ahorro puede ser hasta de cinco veces el PNB per cápita (1):

Los beneficios de la prevención deben también tomar en cuenta que en el caso de enfermedades transmisibles, y especialmente de epidemias como la infección de VIH, los cálculos deben incluir el hecho de que cada caso prevenido también previene otros casos posteriores.

Actualmente los gastos anuales en el mundo en prevención de Sida son de alrededor de 1,500 millones de dólares. Probablemente menos de 200 millones de este gasto se utiliza en los países en desarrollo, en donde tiene lugar el 85 por ciento de las infecciones de VIH. Un estudio reciente para el Programa Mundial de Sida de la Organización Mundial de la Salud sugiere que servicios completos de prevención de VIH y Sida para todos los países en desarrollo costarían de 1,500 a 2,900 millones de dólares al año. Esto es de diez a quince veces el gasto actual, pero rendiría beneficios enormes. El número estimado de infecciones de VIH en adultos que se evitaría con dicho gasto entre 1993 y 2000 sería de cerca de 9 millones y medio —4.2 millones en África, 4.2 millones en Asia, y 1.1 millones en América latina (1).

La experiencia en el mundo durante la última década ha demostrado que la prevención efectiva de VIH requiere de tres elementos básicos: *(i)* información y educación, *(ii)* servicios sociales de salud y *(iii)* un contexto social que apoye. Algunas lecciones que se han aprendido de esfuerzos pasados de prevención y cuidado comunitario incluyen (13):

(i) La débil eficacia observada en los programas de educación basados en la información para prevención de VIH es el resultado de la poca atención prestada a las condiciones de predisposición de riesgo en el contexto social. Además, factores de riesgo social similares también afectan la progresión de la enfermedad.

(ii) La implicación práctica sugiere un desplazamiento en el énfasis de comportamiento de riesgo hacia condiciones de riesgo, esto es, los factores contextuales y psicológicos que pueden favorecer el riesgo de transmisión y la progresión rápida de la enfermedad.

(iii) Debido a que se conoce muy poco acerca de la influencia de situaciones de riesgo particulares, y puesto que las condiciones de riesgo son muy influidas por la dinámica social local, los esfuerzos de prevención deben desplazar el énfasis de actividades de distribución de información a actividades de intercambio de información que destaquen el diálogo y el análisis de experiencias entre los participantes.

(iv) Se debe llevar a cabo un enorme esfuerzo de desarrollo comunitario para elevar la conciencia acerca de la importancia que tiene el contexto social en las comunidades afectadas y en las organizaciones contra el Sida.

GRUPOS DE "ALTO RIESGO" Y PREVENCIÓN

Aunque es importante dar prioridad a las condiciones que podrían favorecer la propagación del VIH/Sida, también es importante reconocer la conveniencia de identificar a los grupos con un riesgo más alto de adquirir y transmitir la infección de VIH. Los grupos de alto riesgo pueden in-

cluir a los trabajadores y trabajadoras sexuales, los migrantes, los miembros de la milicia, y los usuarios de drogas que comparten jeringas.

Hay que tener en cuenta que la efectividad en términos de costo se reduce aceleradamente cuando las infecciones se dispersan de los grupos de alto riesgo a la población en general. En ausencia de acción preventiva adecuada, el VIH/Sida se dispersa rápidamente en los grupos de alto riesgo, para posteriormente avanzar, primero de manera lenta y luego aceleradamente, a la población en general. La acción preventiva, oportuna y efectiva es crítica porque la efectividad-costo de dicha acción disminuye rápidamente a medida que la infección abandona los grupos de alto riesgo y elevada transmisión.

El gran número de contactos sexuales en estos grupos significa que por cada caso de VIH que se evite en este grupo se pueden impedir más de diez infecciones adicionales, comparado con un caso evitado en la población en general. Se requiere una combinación de estrategias, respaldada con recursos adecuados, para frenar la dispersión del VIH/Sida. Elementos cruciales en estas estrategias incluyen proporcionar información acerca de como evitar la infección, promover el uso del preservativo, el tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual y la reducción de transmisión a través de intercambio sanguíneo. Estas medidas son especialmente efectivas en términos de costo cuando están dirigidas al número de personas relativamente reducido de los grupos de alto riesgo.

Por otra parte, aparte de concentrar los esfuerzos de prevención a los grupos de alto riesgo, también es esencial proporcionar mensajes a la población en general para prevenir discriminación en contra de las personas con prácticas de riesgo elevado, dar información a aquellos dentro de la población en general con comportamiento de riesgo, y construir un apoyo popular al levantamiento de restricciones a la venta de preservativos y jeringas.

Los esfuerzos de prevención deben alcanzar a grupos de la población con necesidades diversas, por ejemplo, grupos de alto riesgo, adolescentes y mujeres. Los programas de prevención para la población

en general son menos efectivos en términos de costo pero también son necesarios para aumentar el nivel de concientización y el entendimiento del VIH/Sida, reducir la discriminación contra las personas infectadas, y preparar el camino para campañas subsecuentes en caso de que los niveles de infección aumenten. La monogamia debe ser promovida como parte de los esfuerzos de información al público para frenar la diseminación del VIH, pero no puede ser la única estrategia, pues aún en donde sea la norma de la sociedad no todos los individuos se adhieren a ella.

PREVENCIÓN ENTRE LOS ADOLESCENTES

Puesto que, como se mencionó anteriormente, no existe actualmente una cura o vacuna para el VIH/Sida, la única herramienta viable disponible para detener la rápida dispersión de la enfermedad entre los jóvenes es la educación. Investigaciones sugieren que antes de comprometerse a cambiar conductas de alto riesgo, los adolescentes necesitan experimentar la realidad del Sida (5).

Debido a que la presencia del VIH/Sida no es aparente en la población adolescente por el rezago existente entre la seropositividad del VIH y la aparición de enfermedades relacionadas al Sida, el comunicador de información se vuelve crucial en el proceso. Esto es así porque hay evidencia en el sentido de que los jóvenes tienden a poner mayor atención a otros jóvenes como ellos en el proceso de educación de prevención del VIH/Sida. Hay que tomar en cuenta que las decisiones de los jóvenes se encuentran de por sí muy influidas por la presión de sus compañeros y por el deseo de independencia de las figuras adultas de autoridad.

Los adolescentes vulnerables desean escuchar la mejor información transmitida por jóvenes como ellos, y a quienes puedan confiar explícitamente en que les proporcionarán los hechos de la transmisión sexual del VIH, así como de precauciones prácticas seguras. Muchos adolescentes han reportado que sienten una afinidad muy cercana por otros jóvenes como ellos y desean convertirse en educadores de VIH/Sida entre sus compañeros.

Distintos estudios sugieren que la prevención entre adolescentes arroja resultados positivos, por ejemplo, Jingqi reporta que: “Podemos ver que la educación preventiva acerca del VIH/Sida en las escuelas secundarias es esencial, viable y efectiva en China (y que) la educación sexual no conduce a una actividad sexual temprana entre los adolescentes” (14).

Similarmente, otros autores han encontrado que la presión de los compañeros de los jóvenes y los mensajes culturales acerca de las relaciones sexuales afectan las decisiones de los adolescentes acerca de su comportamiento sexual⁴ (15, 16). En particular, un proyecto comunitario conocido por sus siglas en inglés como H.E.A.R.T. (Grupo de Educación e Investigación de Salud) en Belle Glade, Florida (17) dio inicio en 1992 con el objetivo de reducir la diseminación del VIH entre los adolescentes afro-americanos y haitianos en edades entre los 13 y los 18 años. Con educación e información a través de otros jóvenes como ellos, la campaña tuvo el objetivo de cambiar el comportamiento de los adolescentes mediante el aumento de: (i) el conocimiento de la transmisión y la prevención del VIH, (ii) el acceso a los preservativos y su correcta utilización, y (iii) el acceso a servicios clínicos para adolescentes. Los resultados fueron muy favorables, los adolescentes de Belle Glade aumentaron significativamente su conocimiento acerca del VIH y cambiaron sustancialmente su comportamiento hacia prácticas sexuales más seguras.

PROYECCIONES

La urgencia de aumentar los esfuerzos de prevención resulta evidente cuando se observan las proyecciones disponibles, que indican que la epidemia del VIH/Sida tiene consecuencias desastrosas que empeoran con el paso del tiempo. Es difícil predecir el curso futuro de la epidemia porque se conoce relativamente poco de la dinámica de transmisión del VIH. De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en 1990 unos 9 millones de personas en el mundo eran portadoras del virus, y esta cifra podría elevarse a 26 millones de personas para el año 2000, cuando

⁴ Ver Sells y Blum (1996) y Post y Botkin (1995).

1.8 millones de personas morirían de Sida anualmente. Asimismo, más del 80 por ciento de aquellos infectados vivían en países en desarrollo en 1990, cifra que se proyecta se incremente a 95 por ciento en el año 2000.

Las estimaciones anteriores son conservadoras, pues suponen que la tasa de nuevas infecciones en Africa disminuirán un poco y que las nuevas transmisiones estarán concentradas en India y otras regiones asiáticas. En ausencia de campañas efectivas para limitar las transmisiones y dado el corto período de tiempo que toma incrementarse a las tasas de infección en muchos países en desarrollo y la rápida diseminación de la enfermedad en países que anteriormente reportaban un bajo número de infecciones, el numero total de personas infectadas en el año 2000 podría llegar a ser dos o tres veces mayor que las proyecciones anteriores.

Sin embargo, si se registran cambios importantes en el comportamiento sexual de las personas en la próxima década, aun las proyecciones conservadoras mencionadas anteriormente podrían ser muy pesimistas. Reducciones relativamente modestas en el número de compañeros sexuales casuales, o en la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, o alternativamente, aumentos sustanciales en el uso del preservativo, podrían reducir la transmisión significativamente. Algunos resultados (aún tentativos) de estudios en Tailandia son prometedores, y es posible que el comportamiento realmente pueda modificarse.

El problema del Sida tiene que ser enfocado como una cuestión de desarrollo nacional. El liderazgo a nivel nacional es esencial, es crucial, los programas de acción preventiva más efectivos persiguen estrategias que involucran a muchas agencias, dentro y fuera del gobierno, en una atmósfera de apertura y franqueza.

Proyecciones realizadas en 1991 estimaron que durante los siguientes diez años, los costos agregados directos e indirectos del VIH/Sida podrían llegar hasta 8,000 millones de dólares y que la epidemia podría tener efectos negativos en el turismo, la inversión externa y las remesas de los trabajadores en el extranjero. Sin embargo, estas proyecciones también argumentaban que, con un gran esfuerzo de prevención, que incluyera las metas de reducir el número de compañeros sexuales por lo menos

a la mitad, aumentar al doble el uso de preservativos, y tratar enfermedades de transmisión sexual, se podrán prevenir 3.5 millones de nuevas infecciones y conseguir ahorros de más de 5,000 millones de dólares para el año 2000.

Es necesaria una coalición global que incentive y asista a los gobiernos a tomar acciones audaces antes de que sea demasiado tarde. En ausencia de un compromiso y liderazgo políticos, y de recursos adicionales para apoyar la prevención efectiva del VIH/Sida, la epidemia podría causar un desastre en términos de salud y un enorme revés para el desarrollo económico.

CONCLUSIONES

En este trabajo se ha expuesto un problema -los efectos potencialmente devastadores de la epidemia del VIH/Sida sobre la salud pública y el desarrollo- y se ha propuesto una solución para limitar dicho problema -el aumento de los esfuerzos de prevención, concentrándose en los grupos de alto riesgo.

Es de la mayor importancia aumentar ahora los esfuerzos de prevención, que tienen un costo sumamente modesto comparado con los costos directos de una epidemia de VIH/Sida sin control. El tomador de decisiones tiene la alternativa de actuar ahora utilizando recursos relativamente pequeños, o lamentarse mañana y tener que utilizar montos de recursos considerablemente mayores.

REFERENCIAS

- 1 The World Bank. World Development Report 1993, Investing in Health, Oxford University Press, 1993.
- 2 Una economía abierta, esto es, aquella que comercia bienes y servicios con el exterior, también puede aumentar su bienestar a través de: (i) pedir préstamos al exterior y posteriormente, importar más de lo que exporta, o (ii) obteniendo un mejor precio por sus exportaciones y así poder comprar más importaciones sin pedir préstamos al exterior. Véase Krugman (1994).
- 3 Esto es cierto para todas las enfermedades, pero enseguida veremos porque el Sida es un caso especial y su impacto económico por caso es mayor.
- 4 Galia S, Bonilla G, Pao R, Villatoro E, Forsythe S, Gaillard E y Calderon R. The Epidemiologic, Social and Economic Impact of HIV/AIDS in three Central American Countries: A Country-specific and Regional Analysis. XIth International Conference on AIDS, 1996 July 7-11, Vancouver, Canada.
- 5 Alberts C, Tarantola D, Bezmalinovic B. The Response of Multinational Corporations to HIV/AIDS. Xth International Conference on AIDS, Yokohama, 1994, Japan.
- 6 Janjareon WS. Economic Impact of Adults AIDS Related Death on Rural Households in Chiang Mai Province. Regional AIDS Conference Asia and the Pacific. Chiang Mai, Thailand, 1995 Sep. 17-21. (Abstract B804).
- 7 Chittick JB. The Rationale Behind TeenAIDS-The Coming Wave. Harvard University Lecturer and Speaker 11th International AIDS Conference Session ("Prevention in Youth"), Vancouver, Canada, 1996 July 7-11.
- 8 Over M and Piot HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases. En Jamison D, Mosley H, Measham A, Bobadilla JL, eds. Disease Control Priorities in Developing Countries. New York: Oxford University Press, 1993.
- 9 Over M and Kutzin J. The Direct and Indirect Costs of HIV Infection: Two African Case Studies. Postgraduate Doctor Middle East 1990; 13(11):632-38.

- 10 Hancock J, Nalo D, Aoko M, Mutemi R., Clark H, Forsythe S. The Macroeconomic Impact of HIV/AIDS in Kenya. XI International Conference on AIDS, 1996 July 7-11, Vancouver, Canada.
- 11 Scitovsky A, Rice D. Estimates of the Direct and Indirect Costs of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986 and 1991. *Public Health Rep* 1987;102:5-17.
- 12 Griffiths A. Implications of the Medical and Scientific Aspects of HIV and AIDS for Economic Resourcing. En A. F. Fleming et al eds. *The Global Impact of AIDS*. New York: Alan R. Liss, Inc, 1988.
- 13 Ver por ejemplo Hardy (1986) y Scitovsky (1986).
- 14 Hardy, A. M. et al. The Economic Impact of the First 10,000 Cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States. *JAMA* 1986;225:209-215.
- 15 Scitovsky A, et al. Medical Care Cost of Patients with AIDS in San Francisco. *JAMA* 1986; 256:3103.
- 16 AIDS Vancouver. Revisioning Aids Work. Pacific AIDS Resource Centre, 1107 Seymour St., Vancouver, Canada, 1996 V6B 5S8.
- 17 Jingqi Ch, Guanqjun Y. Education on HIV/AIDS Prevention for Adolescents. XI International Conference on AIDS, 1996 July 7-11, Vancouver, Canada.
- 18 Ver Sells y Blum (1996) y Post y Botkin (1995).
- 19 Sells CW, Blum RW. Morbidity and Mortality Among US Adolescents: An Overview of Data and Trends. *AJPH* 1996; 86:513-18.
- 20 Post SG, Botkin JR. Adolescents and AIDS Prevention: the Pediatrician's Role. *Clin. Ped* 1995; 34:41-45.
- 21 Fox L, Bailey P, Johnson H, Odom D J. Adolescents in Belle Glade, Florida. XI International Conference on AIDS, 1996 July 7-11, Vancouver, Canada.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- Krugman P. *The Age of Diminished Expectations*. The MIT Press, Cambridge, Mass, 1994.
- Over M, Bertozzi S, Chin J, N´Galy y Nyamureykunge. *The Direct and Indirect Cost of HIV Infection in Developing Countries: The Cases of Zaire and Tanzania*. En: In A.F. Fleming et al eds. *The Global Impact of AIDS*. New York: Alan R. Liss Inc., 1988.
- Tapia R, and Martin A. “The Costs of AIDS in Mexico”, Trabajo presentado en la VIth International Conference on AIDS, 1990 June 20-23, San Francisco, CA, USA.

LA RESPUESTA DE LAS EMPRESAS AL VIH/SIDA: INNOVACIÓN Y PARTICIPACIÓN*

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, las empresas han reaccionado a la amenaza del VIH/Sida, como lo han hecho los sectores público y no lucrativo. Algunas compañías, por ejemplo, han introducido medidas preventivas para proteger a sus empleados y dar atención a aquellos que se han contagiado. Otras se han involucrado en actividades de mercadeo relacionado con la enfermedad, han colaborado con proveedores y las comunidades locales y han realizado contribuciones filantrópicas para apoyar los esfuerzos de educación y concientización. No obstante, salvo excepciones, las corporaciones no se han colocado a la vanguardia de la lucha contra el Sida.

A pesar de ello las empresas desempeñan un papel vital en la campaña mundial contra el VIH/Sida. El trabajo sólo será efectivo cuando las empresas contribuyan, local, nacional y globalmente, a ayudar a detener la propagación de la enfermedad. Ha llegado el momento de que éstas se asocien con los sectores público y no lucrativo para realizar intervenciones de bajo costo y efectivas para apoyar, expandir y ampliar el trabajo iniciado en otros sectores.

La única defensa contra el VIH/Sida son la educación y las medidas preventivas.

* Versión traducida, resumida y adaptada del Informe "Foro Príncipe de Gales sobre Empresas Líderes". ONUSIDA. Resumen

EL IMPACTO DE LA EPIDEMIA

El virus del VIH hizo su aparición a fines de la década de los setenta y principios de los ochenta en Africa central y del este, así como en algunas áreas urbanas de América, Europa Occidental, Australia y Nueva Zelanda. En la actualidad el virus se ha transmitido a todos los países y afecta a millones de hombres, mujeres y niños. ONUSIDA reportó un total acumulado de casos de VIH a noviembre de 1996 de 29.4 millones en todo el mundo. Durante ese mismo año se identificaron aproximadamente 3.1 millones de nuevos casos.

La enfermedad no sólo impone a la sociedad un alto y creciente costo en gastos de salud sino que también afecta a su población más creativa y económicamente activa. El VIH/Sida representa una enorme pérdida de potencial humano; en particular, las empresas pueden perder a algunos de sus empleados más creativos y técnicamente mejor capacitados. En Estados Unidos el Sida es una de las principales causas de muerte entre hombres de 25 a 44 años. Hasta hace poco era la causa principal, y aunque éste ya no es el caso, continúa siendo un problema muy serio.

En los países en desarrollo la mayoría de las muertes se han producido en el grupo etario económicamente productivo. Mundialmente, por lo menos 5 millones de adultos y 1.4 millones de niños han muerto por VIH/Sida. La pandemia está provocando también el resurgimiento de otras enfermedades, como la tuberculosis, que representan una amenaza para la salud pública. En muchas partes del mundo ha significado un retroceso en los avances logrados en el campo de la salud.

LA PROPAGACIÓN MUNDIAL DEL VIH/SIDA

Se calcula que cada año ocurren aproximadamente 333 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en todo el mundo. Estas personas corren el riesgo de adquirir el VIH/Sida.

Muchos factores han contribuido a la propagación del VIH/Sida: la pobreza, el analfabetismo, la situación de la mujer. Sin embargo, tres

factores claves que han sido decisivos para la expansión de la enfermedad a nivel mundial son especialmente importantes para las empresas:

- A. La ignorancia y el rechazo.
- B. El aumento en la movilidad.
- C. La industrialización y el cambio en los valores sociales.

LA IGNORANCIA Y EL RECHAZO

Muchas personas, especialmente en los países en desarrollo, desconocen tanto la naturaleza del VIH/Sida como las medidas preventivas disponibles. Aún persisten ideas falsas sobre la enfermedad (que se contagia por el simple contacto o por compartir los trastes o la ropa) que conducen no sólo al ostracismo de los infectados sino también a no tomar las precauciones debidas para la autoprotección, contribuyendo así, inexorablemente, a la propagación de la enfermedad.

Por medio de sus canales de mercadotecnia la empresa es una de las fuentes de información más grandes del mundo, y la forma en la que ésta decida plantear y describir el problema del VIH/Sida puede representar una influencia decisiva en el cambio de actitud, especialmente entre la gente joven.

EL AUMENTO EN LA MOVILIDAD

La rápida propagación de la enfermedad está vinculada al desarrollo de la economía global y al importante aumento en el comercio internacional y los viajes. Sin ello la enfermedad nunca se hubiera extendido tan aterradoramente rápido como lo ha hecho.

Debido a la naturaleza de su profesión, ciertos grupos son particularmente vulnerables a la infección por VIH. Uno de ellos podría ser el de los que viajan constantemente; otro, el de los que se ven obligados, como resultado de situaciones socioeconómicas pobres, a dedicarse a actividades sexuales remuneradas. Estas situaciones pueden afectar a

cualquiera, incluyendo a la fuerza de trabajo de las empresas, a los proveedores en sus productos y servicios, y a las comunidades en las que desarrollan sus actividades. Por esta razón, la vulnerabilidad de la población al VIH/Sida es una consideración importante para el sector privado.

LA INDUSTRIALIZACIÓN Y EL CAMBIO EN LOS VALORES SOCIALES

En el mundo en desarrollo los hombres en especial se trasladan de los pueblos a las ciudades para conseguir trabajo. Industrias como la minería, la extracción de petróleo y la construcción de carreteras y presas atraen particularmente a las poblaciones jóvenes que viven en los límites de la pobreza. En estas circunstancias, el consecuente quiebre de los valores tradicionales y el aumento en las relaciones sexuales con múltiples compañeros incrementa la posibilidad de infección.

Esta tendencia afecta a los jóvenes de dos maneras claves. Primero, son vulnerables a la infección si inician relaciones sexuales tempranas sin protección. Segundo, el VIH/Sida alimenta y amalgama la desintegración de la vida familiar en todo el mundo. Por ejemplo, un número importante de niños ha quedado huérfano por el VIH/Sida, y otros viven con madres seropositivas que no son capaces de mantenerlos adecuadamente.

LA RESPUESTA DE LOS SECTORES PÚBLICO Y NO LUCRATIVO A LA FECHA

La principal respuesta a la epidemia hasta ahora ha provenido de las agencias del sector público -nada sorprendente si se toma en cuenta que el VIH/Sida es un problema de salud pública de primer orden. Durante los primeros años, los objetivos principales fueron:

- Identificar y entender al VIH en sus diferentes formas.
- Identificar claramente los medios de transmisión.
- Proteger el abastecimiento público de sangre.
- Advertir a las poblaciones particularmente «en riesgo» y realizar campañas generales entre el público para crear conciencia

sobre la enfermedad, los medios de transmisión y las medidas preventivas adecuadas.

- Investigar nuevos medicamentos, vacunas y tratamientos buscando su curación.
- Crear códigos de conducta para gobiernos, patrones y otros para proteger los derechos humanos y al trabajo de aquellos con VIH/Sida.

Pero aún queda mucho por hacer en estas áreas. La aplicación de los recursos para combatir la enfermedad en los países en desarrollo y en las economías emergentes es muy pequeña en comparación con el mundo desarrollado. Los países más pobres del mundo poseen el 91.8% de todos los casos de VIH/Sida, y sin embargo reciben sólo el 12% del gasto global en prevención. Más aún, sólo disponen de recursos mínimos para investigación y tratamiento.

La gran mayoría de los recursos monetarios dedicados al combate del VIH/Sida ha sido desplegada por el sector público, pero el sector no lucrativo —o como se les conoce comúnmente en el mundo en desarrollo, organizaciones no gubernamentales (ONG)— también ha desempeñado un papel vital en el combate al VIH/Sida. Llevan a cabo trabajo social, dan atención a aquellos que tienen la enfermedad y organizan campañas de educación públicas con grupos específicos y público en general. El contacto de las ONG con poblaciones vulnerables les permite influir en las políticas públicas a través del ejemplo y el cabildeo. Tienden a trabajar estrechamente con el sector público.

Las ONG también trabajan con las empresas como asesores y proveedores de servicios. Algunas reciben apoyo filantrópico de las compañías para su trabajo.

En términos generales, la colaboración entre los sectores público y no lucrativo y el sector corporativo sobre el problema del VIH/Sida ha sido valiosa, si bien limitada y desigual. Más adelante veremos cómo la empresa ha respondido, hasta ahora, a este desafío.

LA RESPUESTA CORPORATIVA AL VIH/SIDA

Paralelamente al desarrollo de la epidemia ha surgido un patrón de acciones corporativas que ha hecho hincapié en la adopción de medidas inmediatas respecto a los empleados. En contraste, las iniciativas respecto a clientes y proveedores han sido mucho menos frecuentes, al igual que las relacionadas con comunidades locales o lejanas. Sin embargo, las empresas se pueden beneficiar en diferentes grados al apoyar el trabajo de prevención del VIH/Sida con los distintos interesados en la empresa ya que, de diversas maneras, éstos pueden contribuir al éxito de la misma.

ONUSIDA ha identificado cuatro grandes categorías dentro de las respuestas de las empresas al VIH/Sida:

- i. La salvaguarda directa de los intereses comerciales.
- ii. Contribuir a la protección de otros interesados en la empresa.
- iii. Como un acto de filantropía.
- iv. Para desempeñar un papel protagónico.

LA SALVAGUARDA DIRECTA DE LOS INTERESES COMERCIALES

De la minoría de empresas que han reconocido la amenaza de la enfermedad, gran parte de ellas ha desarrollado una respuesta defensiva. Han hecho lo que creen necesario para proteger a sus empleados y a sus familias, y para evitar la capacitación innecesaria de trabajadores sustitutos y otros costos impuestos por la enfermedad.

Protección de los empleados y sus familias. Las empresas han respondido por medio del establecimiento de planes de salud corporativos que benefician a los empleados y apoyan la productividad. En 1996, en Estados Unidos, donde el Sida es una de las principales causas de muerte en hombres entre 25 y 44 años, un grupo que representa a más de la mitad de la fuerza de trabajo, el Centro de Control de Enfermedades publicó una encuesta que mostraba que más del 43% de los centros de trabajo con más de 50 empleados tenían seguros médicos que cubrían

incapacidad o enfermedad mortal incluido el VIH/Sida. Las grandes firmas tienden a tener seguros importantes.

En los países en desarrollo se han alcanzado grandes progresos en torno a la educación de los trabajadores y sus familias sobre el VIH/Sida, y a la creación de códigos de conducta que protegen los derechos de los empleados seropositivos. En Estados Unidos alrededor del 16% de las compañías proporcionan alguna forma de educación a los empleados sobre el tema. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para aumentar la conciencia sobre el VIH/Sida en los centros de trabajo, sobre todo en los países en desarrollo.

Por ejemplo, en países con altos grados de infección como Zimbabwe, las acciones emprendidas por la empresa Río Tinto fueron decisivas en la reducción de la diseminación de la enfermedad. Gran parte de la fuerza de trabajo de esta empresa es calificada, y la pérdida de mineros y de personal técnico no representa sólo una tragedia familiar sino también redonda en costos médicos, de capacitación y otros. A principios de la década de los ochenta, el personal médico de esta empresa minera detectó la emergencia del VIH entre sus trabajadores. Las proyecciones de la tasa de aumento de la enfermedad eran alarmantes. La compañía desarrolló rápidamente una estrategia para enfrentar el problema, que consistió en la formación de grupos voluntarios de trabajadores que establecieron una agresiva campaña de educación sobre el tema, además de un sistema de distribución de condones entre los trabajadores, en su mayoría hombres.

Las compañías multinacionales pueden ayudar significativamente en este proceso en países de alto riesgo compartiendo las experiencias de sus casas matrices y subsidiarias en el mundo. Pero hay muy poca evidencia de que esto esté ocurriendo actualmente.

Defensa de intereses comerciales especiales. Sin embargo, existe un grupo de empresas que tiene intereses comerciales en el VIH/Sida. Por ejemplo, algunas compañías farmacéuticas como Glaxo Wellcome, Merck, Hoffman, La Roche y otras, han actuado tanto individual como colectivamente para desarrollar políticas sobre este problema

así como iniciativas al interior de la comunidad. Por otro lado, las compañías aseguradoras tienen un interés comercial directo en el curso que tome la enfermedad ya que su negocio es la valoración de la posibilidad de muerte prematura de un asegurado. Incluso, las empresas dedicadas a la alimentación, hotelería, turismo y viajes han puesto especial atención a los problemas que la emergencia del VIH/Sida puedan causar a sus empleados y clientes.

CONTRIBUIR A LA PROTECCIÓN DE OTROS INTERESADOS EN LA EMPRESA

A pesar de que las iniciativas por parte de las empresas para educar a sus clientes y proveedores y trabajar con la comunidad local han sido mucho menos frecuentes, éstas pueden tener un impacto significativo en la trayectoria de la enfermedad y pueden ser benéficas en el largo plazo.

Educación de los consumidores. Como ya se mencionó, algunas compañías han actuado para proteger a sus clientes o consumidores y, por tanto, directamente a sus intereses comerciales. Menos directamente, cierto número de compañías destiladoras se han preocupado por el VIH/Sida ya que están conscientes de que los comportamientos sexuales riesgosos pueden darse en asociación con bares y cantinas en todo el mundo. Han promovido mensajes de sexo seguro y colaborado en la distribución de condones. Algunas empresas con una fuerte presencia en la industria de los medios y el entretenimiento de los países industrializados se han dedicado a promover activamente la concientización de los consumidores y de la comunidad sobre el VIH/Sida, al dar publicidad gratuita a mensajes sobre salud.

Al contrario, las compañías dedicadas a la producción de bienes de consumo, como bebidas gaseosas, jabones y artículos de higiene, casi no han actuado para ayudar a sus consumidores, especialmente en los países en desarrollo, a entender los riesgos que comporta la enfermedad. Las marcas de fábrica se resisten con frecuencia a que se les asocie de manera directa con la prevención del VIH/Sida, a pesar de que poseen los mejores programas, los más amplios y de mayor difusión, de educación al consumidor e información sobre el producto.

Compañías como Coca-Cola, Hindustan Lever, Colgate, Sony, Gillette y Avon son los amos de la comunicación, y requieren creatividad y la distribución de artículos de uso personal a bajo costo. Y son precisamente estas características las que se necesitan para combatir la propagación del VIH/Sida. Por ejemplo, Hindustan Lever tiene una excelente reputación en India por sus programas de educación rural, que incluyen higiene personal. Asimismo, después del colapso del comunismo en Rumania, Colgate patrocinó iniciativas en las escuelas sobre higiene personal y dental.

En los países en desarrollo, los consumidores de éstos y otros productos enfrentan la muerte por VIH/Sida debido a que no han escuchado o entendido los mensajes sobre cómo protegerse. En algunas zonas del este de Africa, por ejemplo, hasta el 40% de las mujeres que acudían a las clínicas prenatales ahora se les está diagnosticando como seropositivas. Estas mismas mujeres compran productos de marca en los mercados y tiendas locales. Las empresas nacionales e internacionales que se benefician de estos consumidores necesitan interesarse más activamente en su supervivencia.

Estas empresas de mercadeo masivo no solamente tienen una capacidad de comunicación extraordinaria que puede ayudar a difundir los mensajes sobre el VIH/Sida, también manejan sistemas de distribución extremadamente efectivos. Coca-Cola lleva sus productos a pequeños poblados a los que los funcionarios públicos de salud no acceden fácilmente. En India, Hindustan Lever distribuye sus productos a más de 300 mil detallistas. Estos y otros canales similares pueden utilizarse para distribuir condones en el mundo en desarrollo.

Educación de los proveedores. Mientras que las compañías se comunican de manera regular con sus proveedores sobre aspectos de calidad y otros relacionados, rara vez tratan temas como el VIH/Sida, ya que lo consideran responsabilidad del proveedor. Las compañías que producen partes manufacturadas para ensamblaje, trabajadores bajo contrato como conductores de camiones, trabajadores de limpieza y de seguridad que trabajan para firmas pequeñas son ejemplos de proveedores. Estas personas muy rara vez, incluso nunca, son incluidas en los programas

sobre VIH/Sida de las compañías, en parte porque de ello no se deriva ningún beneficio financiero directo.

Los beneficios del trabajo sobre VIH/Sida con los proveedores son potencialmente inmensos. Si se suman las familias de los trabajadores directos y de los proveedores, algunas grandes compañías llegan a tener poblaciones que dependen de ella para su sustento más grandes que las de muchos países. Las empresas pueden empezar a trabajar sobre VIH/Sida con sus proveedores de la misma manera en que trabajan en asuntos relativos a la calidad o ambientales.

Las relaciones de las empresas con sus proveedores son especialmente importantes en el mundo en desarrollo. El acceso a la información sobre el VIH/Sida y a los condones es restringida, por lo que las empresas pequeñas a menudo requieren la asesoría y el apoyo de firmas más grandes, internacionales o locales. Las minas, las plantaciones, las presas y las granjas son apoyadas por grandes redes de pequeños negocios y mano de obra temporal. Y es el trabajador temporal e itinerante en gran medida el principal vector para la propagación de la enfermedad.

Trabajo con la comunidad local. Algunas compañías se han dado cuenta de que su capacidad para proteger a sus empleados es limitada si los esfuerzos de educación y su alcance no se extienden a las comunidades cercanas. La enfermedad es fácilmente transmitida de la comunidad a los empleados y sus familias. Chevron ha aceptado estos argumentos y se ha comprometido en una gama de iniciativas comunales para enfrentar el VIH/Sida en San Francisco. Igualmente, ha distribuido jeringas desechables en Angola para ayudar a reducir la propagación del VIH a través de las inyecciones médicas en comunidades cercanas a sus instalaciones.

Las empresas están también conscientes de que la enfermedad puede ser una gran carga para los servicios públicos que puede conducir a un aumento en los impuestos y a costos adicionales. También puede ser dañina para la reputación de una comunidad como un buen lugar para vivir y hacer negocios. En localidades importantes para las compañías en las que el riesgo de infección es alto, éstas se han comprometido en progra-

mas de «inversión social» para enfrentar a la enfermedad. Al hacer una inversión social las empresas se comprometen a largo plazo a trabajar sobre estos problemas en busca de una verdadera «ganancia» tanto para la comunidad como para ellas mismas en términos de una reducción en la tasa de infección de los empleados, y por lo tanto en menores costos de atención a la salud y otros.

Los beneficios que las empresas obtienen por las iniciativas de inversión social son menos inmediatos y en cierto modo menos mensurables que las acciones destinadas a proteger a los empleados. Sin embargo, éstos pueden ser sustanciosos. El compromiso sostenido no sólo ayuda a reducir el riesgo de los empleados, también promueve una comunidad sana, lo que a su vez acrecienta la reputación de responsabilidad social de la compañía con funcionarios públicos, consumidores locales y otros miembros de la comunidad.

COMO UN ACTO DE FILANTROPÍA

En tanto que algunas compañías en todo el mundo apoyan una variedad de iniciativas, muchas otras han hecho contribuciones filantrópicas a la educación y atención del VIH/Sida. Si bien estas acciones pueden redundar en beneficio indirecto de la empresa, su objetivo inmediato no es proteger sus ganancias.

Las contribuciones filantrópicas pueden proporcionar un beneficio significativo a poblaciones pobres y socialmente marginadas, como los niños de la calle. La empresa obtiene muy poca «ganancia» excepto en términos de buena reputación. Además, estos donativos proporcionan apoyo práctico y moral a aquellos que trabajan en la enfermedad de primera mano.

La mayoría de las donaciones son por una sola vez y no están sujetas a objetivos mensurables en los que la compañía tenga algún interés. Esta limitación aparente puede ser una ventaja en ciertas circunstancias. Por ejemplo, las compañías pueden actuar de forma «desinteresada» para ayudar a causas impopulares o a grupos marginados, ya que intuyen que algunas acciones serán para bien de toda la comunidad.

Muchas empresas multinacionales han establecido programas comunitarios extensivos. Por ejemplo, para 1995 las siete compañías petroleras más grandes del mundo donaron un total de 222 millones de dólares en efectivo a causas comunales en todo el mundo, y el 16% del total lo dedicaron a causas médicas y humanitarias, incluyendo trabajo sobre VIH/Sida. De manera similar, las compañías farmacéuticas multinacionales tienen programas extensivos de donaciones, muchos de los cuales apoyan iniciativas sobre VIH/Sida.

La gama de las actividades filantrópicas sobre VIH/Sida incluye:

Contribuciones en efectivo y donaciones. Muchas compañías han respondido a la epidemia mediante donativos y contribuciones, muchas veces sustanciosos, a las organizaciones de VIH/Sida. Por ejemplo, Chevron dona cerca de 200 mil dólares al año en respuesta a los llamados de auxilio de las organizaciones no lucrativas de VIH/Sida en Estados Unidos. Levi Strauss y Co., como algo excepcional en una compañía estadounidense, hizo una contribución por 16 mil dólares al brasileño Centro de Controle Investigaçao Immunologica para el lanzamiento de un programa de concientización sobre el Sida en los barrios bajos de Sao Paulo, donde se concentra el 60% de los casos del país.

Patrocinio. Las empresas tienen estrategias de mercadotecnia muy definidas y muy rara vez les incorporan apoyo, como el caso de la ginebra Tanqueray, producida por United Distillers, que desde 1994 patrocina la carrera *AIDS Ride* en California, en la que los participantes viajan en bicicleta a las principales ciudades de ese estado. Para agosto de 1997, cuatro carreras después, se había reunido un total de 20 millones de dólares. Sin embargo, al patrocinar con su marca eventos relacionados con el Sida se obtiene un reconocimiento de la marca.

Actividad en punto de venta. La venta al menudeo ofrece otra oportunidad de reunir dinero para las causas del VIH/Sida. Pilot Pen Corporation of America no sólo dona una pequeña proporción de sus ingresos por la venta de plumas a la investigación del Sida, sino que incluye mensajes en su literatura promocional y publicidad. Clairol Company ha donado una proporción de sus ingresos por las ventas de algunos de

sus productos a la causa del VIH/Sida, y además ha promovido la venta de lazos y camisetas alusivas en salones de belleza.

Donación combinada. En Estados Unidos las compañías combinan cada vez más las donaciones benéficas con la recolección de fondos por parte de sus empleados. La firma Dayton Hudson de Minneapolis ha combinado la recolección de fondos de sus empleados y de miembros de la comunidad en la Caminata del Sida anual de la ciudad, contribuyendo así con cerca de 230 mil dólares a varias causas del VIH/Sida.

Donativos en especie. Las empresas pueden dar mucho más que dinero a los programas de VIH/Sida. Por ejemplo, Avon Company imprimió información sobre el VIH/Sida en algunos empaques de sus cosméticos. Apple Computers ha donado cerca de un millón de dólares en equipo de cómputo para las agencias de VIH/Sida en Estados Unidos. Pueden también donar equipo usado y alimentos. Este tipo de apoyo no metálico puede ser invaluable para la causa del Sida. Puede también costar muy poco a la empresa en tiempo y esfuerzo.

Trabajadores voluntarios. Cuando los trabajadores de una empresa están interesados en ayudar a las causas del VIH/Sida, el apoyo de la firma puede ser vital. En Zimbabwe y Ghana, los empleados capacitados por la compañía como consejeros llevaron su experiencia a la comunidad y trabajaron en mercados y cantinas para alertar a sus conciudadanos sobre la amenaza de la enfermedad. Empresas como Río Tinto en Zimbabwe proporcionaron literatura y acceso a los programas de distribución de condones para apoyar su trabajo. En Estados Unidos y cada vez más en Europa, muchos empleados se ofrecen como voluntarios para trabajar en proyectos locales sobre Sida.

Préstamo de ejecutivos. Cuando se requiere de destrezas corporativas en la lucha contra el VIH/Sida, una manera excepcional pero muy valiosa de ayuda es prestar un ejecutivo a una iniciativa del sector público o del no lucrativo. En Estados Unidos el Chase Manhattan Bank prestó a un ejecutivo senior al National AIDS Network. En estos casos, la empresa cubre el salario íntegro y las prestaciones del ejecutivo mientras éste o ésta trabaje en asuntos del VIH/Sida.

PARA DESEMPEÑAR UN PAPEL PROTAGÓNICO

Más allá de la preocupación por los empleados y de la respuesta a los llamados de apoyo de la comunidad, algunas compañías internacionales como Levi Straus & Co. en Estados Unidos y The Body Shop en Gran Bretaña, han adoptado un perfil alto y una postura de principios en su contribución a la lucha contra la enfermedad sobre una base mundial. Buscan implicar todos los aspectos del negocio y tomar varias iniciativas con empleados, consumidores y comunidades en todo el mundo. Tanto Levi Strauss como The Body Shop tienen ejecutivos en jefe que han identificado al VIH/Sida como un serio problema global. Este liderazgo ha alentado respuestas innovadoras en todo el mundo. Su amplia y pronta respuesta a la amenaza ha ayudado a fijar normas de acción para compañías nacionales e internacionales. Están llevando su conocimiento sobre el VIH/Sida a un espectro más amplio de contactos de negocios y están ayudando a sus consumidores, proveedores y comunidades locales a enfrentar la enfermedad. De manera importante sus esfuerzos demuestran cómo las empresas pueden expandir su acción más allá del centro de trabajo hasta un grupo más amplio de gente interesada.

LA EMPRESA: EL NUEVO ASOCIADO PARA DETENER LA PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA

Actualmente, y con unas cuantas excepciones como las compañías farmacéuticas como Glaxo Wellcome, las autoridades públicas de salud y las organizaciones no lucrativas han desempeñado el papel principal en el trabajo sobre la epidemia de VIH/Sida. Sin embargo, estos dos sectores necesitan apoyo para que sus esfuerzos sean más efectivos. Se necesita una nueva asociación que despliegue los recursos y las habilidades de los negocios en la gran batalla contra la enfermedad. Las destrezas organizativas y de comunicación de la empresa complementan los recursos y capacidades médicas de los otros sectores. Al trabajar en asociación, los tres sectores pueden producir un impacto global más grande que si lo hacen aislados.

Adoptar un papel más activo en el trabajo contra el VIH/Sida no es una ruta fácil para una empresa, por muchas razones.

Barreras a la acción corporativa. Hasta ahora la respuesta corporativa al VIH/Sida ha sido, y continúa siendo, limitada y en gran medida defensiva. Con pocas excepciones, la comunidad empresarial mundial no ha buscado un papel protagónico para enfrentar la epidemia. Fundamentalmente se ha concentrado en la protección a sus empleados, y algunas empresas han hecho contribuciones filantrópicas. Las razones principales por las que las empresas han sido cautelosas incluyen:

- La gente de las empresas aún carece de información sobre los temas que rodean a la enfermedad. El negocio de los negocios es hacer negocios, no el VIH/Sida, y muy pocos en la comunidad empresarial se han metido a fondo en el problema, en parte porque pueden sentirse relativamente a salvo de la amenaza. Como resultado, han tendido a no considerar el papel más activo que podrían desempeñar en detener la enfermedad.

- El VIH/Sida es una enfermedad amenazadora que implica enfrentar realidades desagradables respecto al sufrimiento y la muerte. Se transmite principalmente por el contacto sexual y por prácticas socialmente no aceptadas como compartir la aguja entre usuarios de drogas. Muchas personas en la sociedad en general, y específicamente en la comunidad empresarial, pueden instintivamente desaprobador a aquellos que han contraído la enfermedad. Además, las empresas pueden mostrarse reacias a que se asocie la marca o el nombre de la compañía con un asunto potencialmente controvertido.

- En algunos países, las cabezas de los sectores público y no lucrativo no han necesariamente creado un clima de opinión pública que aliente el compromiso corporativo. Tales circunstancias dificultan a una compañía asociar su nombre a una campaña contra el VIH/Sida. Las multinacionales pueden sentirse especialmente vulnerables a estas cuestiones, ya que algunas partes del mundo aún consideran al VIH/Sida como una enfermedad «extranjera» y pueden ver a las compañías extranjeras con suspicacia.

- Las empresas están comprometidas en otros asuntos sociales, y el trabajo en VIH/Sida significa competir con muchas buenas causas por

la participación de la comunidad. En el mundo en desarrollo, otros temas de salud como la sobrevivencia infantil persiguen el mismo apoyo corporativo. Las compañías no están familiarizadas, tampoco, con la manera en la cual tasar la importancia relativa del VIH/Sida en el desarrollo social en general.

- Por último, el VIH/Sida puede ser contenido mediante una buena educación y medidas preventivas; el indicador clave de desempeño es cero nuevos casos. Este trabajo de prevención a menudo es difícil de medir y no da a las empresas el crédito debido. El problema no se presta a resultados fácilmente visibles para la comunidad, como libros nuevos para las escuelas o una clínica.

Estas preocupaciones son genuinas y necesitan reconocerse para después manejarse correctamente. Un enfoque particularmente valioso para las empresas es asociarse con los sectores público y no lucrativo. Dichas asociaciones potencian la aplicación de los recursos de una sociedad a la lucha contra la enfermedad en tanto que reducen los riesgos de publicidad adversa para todos los participantes. La comunidad empresarial tiene grandes comunicaciones y otros recursos que pueden apoyar discretamente el trabajo en VIH/Sida, o en su caso dirigirlo. Aun cuando el sector público y el no lucrativo tengan mayores recursos, carecen de las habilidades críticas y de los canales de comunicación vitales para hacer llegar los mensajes necesarios que salvarán millones de vidas, especialmente en el mundo en desarrollo y en las economías emergentes. Las empresas que han unido sus fuerzas para trabajar en estos asuntos también han descubierto los beneficios de la asociación.

Beneficios de la acción corporativa. No puede esperarse que las empresas hagan todo en la lucha contra el VIH/Sida. Antes que nada deben estar motivadas a empeñarse en actividades que sean afines y surjan de la identidad de la empresa. Las actividades en el VIH/Sida serán más atractivas para una compañía si benefician al negocio. La mayoría de los administradores deben estar en posibilidad de demostrar que su trabajo en VIH/Sida también sirve a los intereses de la empresa. La asociación para la acción con otros sectores deberá hacer énfasis en las actividades que ofrecen beneficios mutuos.

EL SIDA EN MÉXICO:
OPORTUNIDADES DE LA SOCIEDAD CIVIL
PARA DISMINUIR SU IMPACTO,
se terminó de imprimir
en el mes de septiembre de 1998 en los
talleres de *Grafía*. Se tiraron
1,000 ejemplares más sobrantes
para reposición.
La edición estuvo a cargo de la
Dirección de Planeación y Desarrollo.

Diseño: Laura Novelo Q.

