

>SALUD Y DESARROLLO

SIDA



Editado por [medicusmundi](#) en noviembre de 2002.

>SALUD Y DESARROLLO

SIDA

- 1. VIH/SIDA.- “Crisis Global - Acción Global** p. 3
Gavino Maciocco.
- 2. Las dimensiones del problema, los aspectos epidemiológicos.** P.7
Carlo Resti, Maria Grazia Dente.
- 3. SIDA en África Subsahariana: impacto Económico y esferas de influencia de los Actores internacionales.** P.14
Silvia Gramaticopolo.
- 4. La perspectiva antropológica en la Difusión del VIH/SIDA en el África Subsahariana.** P.24
Mara Mabilla
- 5. Cuando están en juego los Derechos Humanos.** P. 33
Roberto Gnesotto.
- 6. Fármacos y multinacionales: ¿quién ha vencido en Sudáfrica?** P. 40
Angelo Stefanini.
- 7. Modelo de asistencia en la epidemia VIH/SIDA.** P.44
Roberto Gnesotto.
- 8.Los servicios sanitarios del África Subsahariana y la epidemia de VIH/SIDA.** P. 52
Vinicio Manfrin.
- 9. Prevención: éxitos y fracasos del preservativo.** P. 61
Alessio Panza.
- 10. No olvidar la “camisinha”** P. 68
Giovanni Baruffa, Gabriela Mendoza Sassi.
- 11. Una transfusión (bastante) segura: ¿un lujo inalcanzable en África?** P. 75
Massimo La Raja.
- 12. La prevención de la transmisión vertical del virus VIH.** P.82
Marzia Franzetti.
- 13. VIH y alimentación infantil** P.91
Adriano Cattaneo.
- 14. Paludismo y VIH/SIDA: ¿dos patologías Independientes?** P.100
Paolo Francesconi.
- 15. La asistencia y el apoyo a los pacientes Afectados por VIH/SIDA .** P.103
Erasmus T. Otolok.
- 16. Investigación y vacunas.** P.108
Agostino Riva, Stefano Rusconi.
- 17. El SIDA en África.** P.113
Mauricio Murru.

1. HIV/SIDA “Crisis Global Acción Global”

de Gavino Maciocco.

“Nosotros, Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de Estados y de gobiernos, reunidos en las Naciones Unidas del 25 al 27 de junio de 2001 con ocasión del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, coincidimos sobre la urgencia de examinar y hacer frente al problema del VIH/SIDA en todos sus aspectos, así como para lograr que todos se comprometan a mejorar la coordinación e intensificar las actividades nacionales, regionales e internacionales para combatirlo de forma integral”.

Así se iniciaba la resolución sobre la “ crisis global” originada por la epidemia de HIV/SIDA y que más tarde se aprobaría por todos los países al término de la sesión extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas (5-27 de Junio 2001). A pesar de que las crónicas muestran que dicho documento haya sido objeto de arduas negociaciones entre los diferentes actores, la unanimidad final fue testimonio de la voluntad de la comunidad internacional, expresada de forma solemne, de hacer frente (dos décadas después del comienzo de la epidemia) a esta terrible crisis.

El documento se abre con un extenso preámbulo que, entre otros, describe las dimensiones del problema y pone en evidencia las gravísimas consecuencias que éste acarrea sobre la salud de las personas y la comunidad, sobre el respeto de los derechos humanos, sobre el desarrollo económico, sobre la cohesión social, sobre la estabilidad política en diferentes regiones del planeta: en primer lugar África Sub-Sahariana, luego el sur de Asia, el Caribe, América Latina y finalmente aborda las regiones de Europa Central y Oriental.

El documento sigue una serie de directrices que versan sobre los siguientes aspectos de la llamada “acción global”:

1) la exigencia de combatir el HIV/SIDA como acción prioritaria para los gobiernos, para la sociedad y para las acciones del sector privado, 2) la prevención, 3) la asistencia, apoyo y tratamiento, 4) los derechos humanos, 5) la reducción de la vulnerabilidad, 6) el problema de los huérfanos, 7) la necesidad de intervenir para aliviar el impacto económico y social, 8) la investigación y desarrollo, 9) los efectos agravantes ocasionados por conflictos y desastres, 10) los recursos necesarios.

El texto está completo y detallado, y es incluso didáctico (sería un material óptimo para divulgarlo en todas las escuelas del mundo). Los objetivos que contiene son precisos y están definidos para un espacio de tiempo aproximado. Si dichos compromisos asumidos de forma solemne por la Asamblea General de las Naciones Unidas se respetaran, el mundo mejoraría verdaderamente y sería otro para el año 2005. Este “si” es una condición sine qua non / una condición de obligación. De hecho, y como veremos más adelante, el nivel de compromiso, político y sobre todo económico, de los países más ricos dentro de “acción global” contra el VIH /SIDA no parece estar a la altura de las dimensiones del problema.

En este documento se hace especial hincapié en tres puntos fundamentales, tres puntos sobre los que se apoya la estrategia de lucha contra la epidemia del VIH /SIDA: la prevención, la batalla contra la pobreza y la emancipación de la mujer.

“La prevención debe ser la vía principal de nuestra respuesta”. Ello supone concentrar esfuerzos para evitar la transmisión del virus y reducir el predominio de la infección. El instrumento básico sería una sensibilización en la escuela, lugares domésticos y de trabajo, en los ambientes sanitarios, la identificación de los grupos con mayor riesgo y el máximo compromiso por parte del mayor número de actores, ya sean estos institucionales o no. Al no haber recetas únicas y milagrosas, los programas de prevención han de tener en cuenta los contextos y las situaciones locales, los factores éticos y la diversidad cultural con el fin común de “reducir” los comportamientos de riesgo y de estimular los comportamientos sexuales responsables, incluidos la abstinencia y la fidelidad, posibilitar la adquisición de preservativos masculinos y femeninos y material médico estéril, intensificar la reducción de los factores de transmisión relacionados con el uso de drogas así como ampliar el acceso voluntario y confidencial a análisis o a terapias (*counselling*), garantizar el abastecimiento de sangre segura, tratar de forma eficaz y con tiempo las enfermedades de transmisión sexual. Peter Piot, Director del Programa contra el VIH/SIDA de las Naciones Unidas (Unaid) lo ha resumido en el acrónimo ABC: *Abstinence*, *Be faithful*, *Condom* (Abstinencia, Fidelidad y Preservativo).

“Centrarse en VIH/SIDA significa invertir en un desarrollo sostenible”. Se calcula que de los 36,1 millones de personas que sufren la infección o la enfermedad, el 90% viven en los

países más pobres del planeta y el 70% en el África Subsahariana. La pobreza, de ingresos, de educación, de los servicios sanitarios y sociales, es la verdadera culpable de la difusión sin control de la epidemia. Al mismo tiempo, la enfermedad resulta ser un poderoso freno para el desarrollo al diezmar los eslabones más productivos de la población. Bloquear esta trágica espiral, aliviar el impacto económico y social, volver a ofertar un desarrollo sostenible, son los verdaderos retos para afrontar la “crisis global”. Sin una “acción global” encaminada a luchar contra la pobreza, incluyendo la reestructuración de los sistemas sanitarios y educativos quebrantados por políticas de ajuste estructural y un desenfrenado liberalismo, muchos de los objetivos contenidos en el documento de las Naciones Unidas serían proposiciones inconsistentes. El texto, por ejemplo, prevé que para el año 2005 se lleven a cabo progresos significativos en el tratamiento y la asistencia de los pacientes afectados por el VIH/SIDA, así como el suministro de fármacos anti-retrovirales y la disponibilidad de tecnologías de diagnóstica adecuadas (parr.56). En lo que a esto se refiere cabría aclarar que dada la situación actual:

- a) ningún país del África Subsahariana (quizá con excepción de Sudáfrica y Bostwana) puede permitirse la adquisición y suministro de medicamentos anti-retrovirales, incluso al precio más ventajoso (200-300 \$ USA por tratamiento-año);
- b) aunque dichos fármacos estuviesen disponibles, su utilización requeriría una estructura sanitaria que realizase operaciones de diagnóstico, terapia y asistencia (incluyendo un seguimiento permanente de los enfermos).

Asegurar el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios en los países más pobres es la condición previa para la puesta en marcha de un programa de lucha contra el SIDA. Al hablar de “buen funcionamiento” de un sistema sanitario, no se piensa en el nivel estándar europeo, sino en una sanidad dotada de una tecnología mínima y esencial, que garantice dentro de las estructuras del sistema público como los privados

sin ánimo de lucro un nivel aceptable de eficiencia, accesibilidad y equidad. Esto es perfectamente coherente con el contenido de la resolución asumida en las Naciones Unidas, donde se señala la necesidad de reforzar los sistemas sanitarios (Párr.55) y de poner en práctica estrategias de erradicación de la pobreza que garanticen el acceso a los servicios sociales básicos (Párr.68). Es esta una oportunidad que no debemos desaprovechar; hacer uso de la “campaña” contra el SIDA para mejorar el sistema sanitario en los países pobres.

Reforzar el papel de las mujeres, como elemento esencial para reducir la vulnerabilidad. La condición de la mujer en los países pobres que soportan una alta incidencia de la epidemia del SIDA es una tragedia dentro de otra tragedia. Me gustaría invitar a los lectores a informarse sobre una monografía escrita por Mara Mabilia, Marzia Franzetti y Adriano Cattaneo que aborda las condiciones de la mujer, la transmisión vertical (madre-feto) de las infecciones, de problemas de lactancia por parte de las mujeres seropositivas. Hoy en día se habla mucho de la bioética: no hay día en el que los medios de comunicación no hablen de temas como la clonación, el uso de células madre o embriones. Sin embargo, apenas se menciona la condición y el destino de millones de mujeres seropositivas que esperan un hijo, con elevada probabilidad de que los niños nazcan igualmente seropositivos y, incluso si nacen indemnes /sanos, puedan contraer la infección a través de la lactancia materna. Para ello, existe un remedio eficaz de evitarlo que es el tratamiento de la madre, remedio que resulta excesivamente costoso y por tanto inasequible para ese gran número de mujeres. Más económico podría ser separar al niño de su madre tan pronto como éste nazca; pero tampoco es factible, so pena de engrosar la ya ingente cantidad de niños acogidos en orfanatos, donde, además, la lactancia artificial, como ocurre en los países más pobres, es a menudo mortal para los niños. Reflexionemos un momento sobre el dilema con el que vive la mujer africana antes y después del parto: ¿Someterse o no a la prueba del VIH Si resulta ser seropositiva abre de antemano que ella morirá (para luego ser “estigmatizada” dentro de la comunidad) y que la criatura que lleva en su interior tenga todas las probabilidades de morir, a no ser que algún benefactor le proporcione el fármaco necesario para salvar la vida del niño. ¿Podrá amamantar? Siendo ella consciente de que alimentando a su propio hijo, ya sea con su propia leche o con biberón, arriesga la vida de este. Ante este dilema, la bioética no tiene nada que decir. Sin embargo, hoy por hoy un gran número de médicos y trabajadores del ámbito Biosanitario que ejercen en los países del sur se enfrentan con estos gravísimos problemas. La Bioética se ha hecho una autocensura, eliminando de sus análisis cuestiones que estorban y admitiendo su incapacidad para afrontar los problemas que el imperante “capitalismo compasivo” (de acuerdo con la atrevida definición del presidente Bush) no tiene interés alguno en resolver.

Cuando el documento de las Naciones Unidas habla de “Derechos Humanos” se refiere sobre todo a las mujeres, cuya vulnerabilidad presenta distintos aspectos: la pobreza e inseguridad económica, la discriminación y marginación social, el analfabetismo con imposibilidad de acceder a la información y al conocimiento, la violencia y el abuso sexual. La epidemia del SIDA ha tenido como consecuencia un mayor incremento en el estado de sumisión de las mujeres en los países más pobres, lo que, a su vez, ha sido otro factor importante en la difusión de la epidemia, siendo ésta otra trágica espiral. El documento de las Naciones Unidas afirma rotundamente el empoderamiento, la promoción y la protección de la mujer.

Se oía hace un tiempo una canción sobre una persona cuya capacidad de desear era siempre superior a sus intenciones. Análogamente, podemos decir que las naciones más ricas, que han aprobado en bloque el documento de las Naciones Unidas, no parecen verdaderamente dispuestas a contribuir financieramente a la realización de lo que prevé el propio documento. Da la impresión de que su capacidad de desear sea muy superior a su voluntad de contribuir auténticamente a la financiación necesaria. Se continúan recogiendo buenos propósitos sobre la Ayuda al Desarrollo (se reafirma el empeño de contribuir con el 0,7 % del PIB) y sobre la condonación de la Deuda (cancelación de deudas bilaterales, utilización de intereses para financiar programas de erradicación de la pobreza y contra el SIDA). Sin embargo, cuando estudiamos el monto previsto para este plan de "Acción Global" descubrimos que el total es de sólo 7.000 a 10.000 millones de dólares. Conviene hacer ahora algunas cuentas: el PIB de los 7 países más ricos (G7 compuesto por EEUU, Japón, Canadá, Reino Unido, Francia, Alemania e Italia) suma 18,6 billones¹ de dólares. Calculando el 0,7 de esta cantidad, el total "donado" como Ayuda al Desarrollo debería ser de casi 130.000 millones de dólares. Si sumamos a esto aquellas decenas de miles que corresponderían al resto de países pertenecientes a la OCDE, llegamos a un total de 160.000 a 170.000 millones de dólares. Comparando esto con los 7.000 a 10.000 millones previstos, y si la "crisis global" provocada por la epidemia del SIDA es tan grave y la "Acción Global" tan prioritaria, ¿cómo se explica una contribución tan escasa?

La impresión percibida se convierte en certeza cuando analizamos las conclusiones de Génova: los 7 países más ricos del planeta han acordado dotar el fondo que hará frente a SIDA, Tuberculosis y Malaria con la cifra de 1.200 millones de dólares. Una cifra que casi parece una broma si se compara con los 2 billones de dólares gastados en sanidad internamente por estos mismos países.

¹ Al hablar de billones nos referimos, como es habitual en castellano, a millones de millones.

2. Las dimensiones del problema, los aspectos epidemiológicos.

Carlo Resti, Maria Gracia Dente
Uganda AIDS Project,
National Institute for Health, Italy

>África, las proporciones de un desastre: estadística y características de la pandemia por regiones según el informe UNAIDS.

Las cohortes de Mwanza y Rakai y el “*community-based trials*”. Uganda, Zambia y Senegal: ¿efecto de la prevención ó historia natural de la epidemia?

Del 25 al 27 de junio de 2001 se desarrolló en *New York* una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el desafío que está planteando la difusión de la infección por el VIH/SIDA, especialmente en los países pobres. Se intensifican y multiplican en las agendas políticas de muchos gobiernos y agencias internacionales las apelaciones a dedicar más energías, más liderazgo, más compromiso político y más recursos financieros a la lucha contra el SIDA, y a la auténtica crisis de desarrollo que la pandemia ha provocado en el mundo, y más particularmente en el África Subsahariana.

La cuestión del acceso a la terapia HAART (*Highly active antiretroviral therapy*), y la victoria del gobierno sudafricano frente al cártel de las multinacionales farmacéuticas, en Pretoria, son cada vez más noticiables fuera del círculo de los adeptos al trabajo. Obsérvese: ¡finalmente no se discuten los altos niveles de poder económico y financiero! Quizá demasiado tarde! Demasiados enfermos en efecto continúan muriendo tanto en las zonas de chabolas como en Korogocho, en Nairobi y en los hospitales de muchas ciudades africanas. Las crónicas que se refieren a las principales capitales del África Subsahariana recuerdan imágenes de lazareto y hacen eco a las estadísticas y a las estimaciones oficiales:

“los pacientes yacen dos por cama y en el suelo, esperando ir a morir a su casa. Sábanas harapientas llevadas por sus parientes, envuelven sus cuerpos deshidratados. Los rumores de sierras y martillos en las calles dan testimonio del creciente negocio de los fabricantes de ataúdes de la capital. Las oficinas públicas apenas funcionan, porque muchos de sus empleados se han ido para asistir a funerales y llorar por sus parientes. Los negocios tampoco funcionan, cuando llegan a faltar las personas clave” (Lilongwe Hospital, 1998)¹.

Este artículo tiene la finalidad de subrayar las dimensiones del problema VIH/SIDA con particular atención al cuadro epidemiológico del África Subsahariana y esboza el estado actual de la epidemia, considerando los principales determinantes de la transmisión heterosexual y vertical, típicas del medio africano.

La atención especial y específica concedida al África Subsahariana no está fuera de lugar. La epidemia de VIH desencadenada en África es una tragedia de proporciones épicas que está alterando el futuro demográfico de la región: de los 40 millones de casos de VIH/SIDA del mundo, al final del año 2001, 28,5 millones pertenecen al África

Subsahariana.² Es importante hacer notar que todos los datos, pertenezcan a países ó regiones, son estimaciones más que recuentos precisos de las infecciones y los fallecimientos, y es por lo tanto lícito preguntarse con qué fidelidad reflejan la realidad epidemiológica. Los sistemas informativos sanitarios nacionales son a menudo deficientes y en consecuencia muchos nacimientos, muertes y enfermedades no quedan registrados. Sin embargo, en muchos países del África sub-Sahariana se han desarrollado sistemas de vigilancia del VIH/SIDA que proporcionan información y estimaciones más atendibles que para la mayoría de las demás enfermedades. En las epidemias de carácter difuso y en su mayor parte debidas al contagio heterosexual, como en África, la vigilancia VIH se basa en la de mujeres embarazadas que utilizan las Clínicas Prenatales, seleccionadas como lugares centinelas de la epidemia y que han realizado, con mayor o menor regularidad, estudios de prevalencia a partir del final de los años 80³.

África acomete en la actualidad un triple desafío en el control de la infección por el virus VIH:

- debe proporcionar asistencia sanitaria y solidaridad social a una parte creciente de la población con VIH/SIDA e infecciones asociadas: jóvenes adultos, madres y niños;
- debe tratar de disminuir la carga en términos de incidencia de nuevas infecciones, invirtiendo en prevención y protección de las personas de riesgo;
- debe buscar medios de frenar el impacto de 17 millones de fallecimientos sobre los huérfanos, sobre los supervivientes familiares, sobre las comunidades y, en definitiva, sobre la productividad y el desarrollo de las naciones afectadas.

La epidemia en África desde hace algunos años, ha conseguido alcanzar amplios estratos de población expuestos al riesgo por razones de comportamiento y sociales, aunque en algunos países, la adopción de medidas eficaces de prevención han conseguido una efectiva disminución del riesgo. El número de nuevas infecciones se ha estabilizado ó incluso ha disminuido en algunos países. Disminución que comienza a contrarrestar las tasas de infección todavía crecientes, sobre todo en el sur del continente. Pero, por ahora, el número global de personas que viven con VIH/SIDA en toda la región Subsahariana continúa aumentando ya que aún son mayores los nuevos casos de infección en relación con los fallecimientos^{4,5}.

EN AUSENCIA DE UN MILAGRO MÉDICO CASI LA TOTALIDAD DE LOS 28,5 MILLONES DE AFRICANOS CON VIH/SIDA EXISTENTES A FINALES DEL AÑO 2001 ESTÁN DESTINADOS A MORIR ANTES DE 2010. CADA DÍA 6.000 MUEREN DE SIDA Y 11.500 SON CONTAGIADOS.

MORTALIDAD ASOCIADA CON INFECCIÓN VIH-1

La mortalidad va en aumento, alimentada por la multitud de personas que han contraído la infección hace años. Las tasas de prevalencia del VIH varían ampliamente en los distintos países. Su rango oscila entre menos de un 2%, de la población adulta, en algunos países de África Occidental, hasta cerca de un 20% o más en el sur del Continente, con algunos países del Centro y del Este de África que registran tasas de prevalencia intermedias.

Debe hacerse constar que las tasas de prevalencia no reflejan habitualmente el riesgo de contraer la enfermedad ó de morir de SIDA. En los 8 países africanos, donde al menos el 15% de los adultos está infectado, análisis más bien prudentes indican que morirán de la enfermedad, en los próximos años, cerca de 1/3 de los que actualmente tienen 15 años.

En tanto que hacia la mitad de los años 80 se empezaban a observar los primeros casos en las capitales africanas y en determinados grupos de riesgo, hoy se comienza a disponer de datos que confirman la correlación entre el VIH y las altas tasas de mortalidad en la población rural africana y que confirman la disminución de la esperanza de vida al nacimiento en la mayoría de los países. En los últimos 10 años, el síndrome VIH/SIDA se ha convertido en una de las causas principales de mortalidad infantil, siendo, con la malaria por *P. Falciparum*, la primera causa de mortalidad de los adultos en la mayor parte del África Subsahariana. Aumenta, por tanto, la mortalidad, disminuye la fertilidad, aparece un exceso relativo de hombres respecto a las mujeres y su consecuencia es la existencia de millones de huérfanos. En ausencia de un milagro médico, casi la totalidad de los 28,5 millones de africanos enfermos de VIH/SIDA a finales del año 2001, están destinados a morir antes de 2010. Cada día mueren por VIH/SIDA 6.000 africanos y otros 11.500 se contagian.

La epidemia se ha difundido mucho más velozmente en algunos países del continente africano que en otros. En Botswana, que es uno de los países de más elevada renta per capita, gracias a la extracción y comercio de los diamantes, el 36% de la población adulta es seropositiva. En Zimbabwe y en Swazilandia, la tasa de infección es del 25%. En Namibia y en Sudáfrica, la tasa es del 20%. En ninguno de estos países la difusión del virus parece controlada. La demografía de esta epidemia, contrariamente a lo que ocurre en otras enfermedades infecciosas, que afectan sobre todo a los ancianos y a los niños, incide preferentemente en adultos jóvenes, lo que determina una nueva estructura de la población, diferente de la clásica “pirámide” y más parecida a un “camino” (*population chimney*)³.

Los efectos demográficos de la epidemia de VIH en África se harán visibles en las próximas generaciones. Hasta hace poco, las proyección oficial de las Naciones Unidas indicaba un crecimiento continuo de la población en todos los países de África. En la actualidad, las Naciones Unidas reconocen que la población podría disminuir en algunos países. A falta de campañas eficaces de prevención y de un tratamiento a costo asequible, la infección conduce a la muerte en un tiempo que en los adultos africanos se calcula entre los 7 y los 10 años. En la práctica, esto significa que en Botswana se podría esperar la pérdida del 36% de su población adulta seropositiva en esta misma década, más todos aquellos que serán contagiados dentro de dos ó tres años. Unida esta previsión a la mortalidad de los adultos por otras causas, significa que la mitad de los adultos de este país habrán muerto para el 2010.

Los adultos no son los únicos que mueren de VIH. En África los hijos de madres seropositivas, tienen una probabilidad de entre 30 ó 60% de nacer afectados por el virus. Su esperanza de vida es menos de dos años. Muchos otros niños se contagiarán a través de la leche materna. Pocos de entre ellos alcanzarán la edad escolar. Las mujeres adquieren la infección a una edad más joven que los hombres, porque tienen relaciones sexuales con hombres mayores que ellas, los cuales pueden ser portadores del virus. En

los jóvenes de edad entre 15 y 19 años, las mujeres resultan contagiadas cinco veces más que los hombres de la misma edad.

Otro factor salta a la vista de todos: la muerte de tantos jóvenes adultos en África está creando millones de huérfanos. Se espera que en el año 2010 África tendrá 40 millones de huérfanos. Aunque el sistema familiar de África sea muy elástico y acoja a los niños dejados solos cuando mueren sus padres, este hábito está haciendo crisis por efecto de tan trágica realidad. Constituye una posibilidad real que millones de huérfanos vayan a engrosar las filas de los “*niños de la calle*” que tratan de sobrevivir por cualquier medio.

FACTORES BIOLÓGICOS, SOCIALES Y DE COMPORTAMIENTO.

En la base de la transmisión heterosexual del virus existe un juego complejo de factores que interactuando entre sí determinan la difusión del virus y el desarrollo de la epidemia en la población.

Los factores biológicos incluyen:

- elevada prevalencia de las ETS (enfermedades de transmisión sexual) , en especial las que se presentan en forma de úlceras genitales;
- baja tasa de circuncisión masculina;
- elevada carga viral en la sangre, típica de los sujetos con infección reciente y en la fase final de la enfermedad.

Estos factores ayudan ciertamente a la difusión del virus, pero no se conoce con exactitud cuál sea su contribución ni hasta que punto la combinación de los mismos determine la difusión de la epidemia. La circuncisión masculina, por ejemplo, ha ofrecido algún indicio en la comprensión de la difusión del VIH. Muchos países en los que se realiza la circuncisión de los niños en edad prepuberal sufren la epidemia en dimensiones bastante limitadas, mientras que en algunos países de alta prevalencia, los hombres circuncidados presentan tasas de seropositividad VIH inferior a lo no circuncidados².

Entre los factores de tipo social y de comportamiento se reconocen:

- escasa o nula utilización del preservativo;

Se espera que en el año 2010 África tendrá 40 millones de huérfanos

- elevada proporción de la población adulta con múltiples compañeros sexuales (promiscuidad);
- coincidencia con varios compañeros sexuales, sobre todo en las fases iniciales, de elevada infectividad y por lo tanto de mayor probabilidad de contagio;
- distancia entre el domicilio y el lugar de trabajo, desplazamiento de poblaciones y creación de “grandes redes” de relaciones sexuales, como en las situaciones características de las guerras civiles, la presencia de tropas, los campos de internamiento, etc.;
- “*age mixing*” típicamente entre hombres maduros y mujeres jóvenes;
- falta de control de las circunstancias y de la seguridad del acto sexual, por parte de la mujer, sea por la dependencia económica del matrimonio, sea por la prostitución;

En el estado actual de los conocimientos, los epidemiólogos no pueden prever con certeza la velocidad de difusión de una epidemia, pero sí pueden establecerse algunas previsiones a breve plazo, sobre la base de la prevalencia del VIH y de las informaciones sobre los comportamientos de riesgo. Existen, afortunadamente, evidencias que demuestran que es posible contener la difusión de nuevas infecciones a través de la implantación de eficaces programas de prevención que estimulan la abstinencia, la fidelidad a la pareja y la utilización del preservativo. La mayor parte de los autores considera importante promover la oferta del preservativo, sea del tipo tradicional o del tipo femenino, poniendo a disposición material de buena calidad y a precio asequible. El profiláctico, en efecto, representa, si es usado correctamente, una barrera a la transmisión de la infección, independientemente de la edad, de la movilidad de los miembros de la pareja y de la finalidad de sus relaciones, aparte la posible existencia de una ETS.

LAS COHORTES DE MWANZA Y DE RAKAI Y LOS “COMMUNITY BASED TRIALS”

Se han realizado dos importantes estudios sobre comunidades rurales no muy distantes geográficamente entre sí: Mwanza, en Tanzania, en 1992 y Rakai, en Uganda, en 1994⁶. Ambos estudios clínicos randomizados (Rct) se han emprendido con la finalidad de valorar el impacto que la prevención y el control de las ETS podrían tener sobre las tasas de infección por VIH.

En los dos estudios, todavía objeto de reciente discusión⁷, se han obtenido, al menos aparentemente, resultados discordantes: mientras en el estudio de Rakai no aparecen diferencias en la incidencia del VIH, en las comunidades objeto de intervención y control, hay, por el contrario, casi un 40% de reducción en las tasas de infección en el estudio de Mwanza.

Tras alguna perplejidad inicial, ahora parece que casi todos los autores concuerdan en que estos hechos se deben a que la presencia de las ETS sobre la transmisión de la virasis ha sido considerada en dos fases distintas de la epidemia y a que la prevención de las ETS ha sido realizada de dos formas muy diferentes.

En efecto, la epidemia estaba en un estado precoz en Mwanza (*inmature epidemic*), con una prevalencia estimada del 4%, mientras que estaba ya bien establecida (*mature epidemic*) en Rakai, donde el 16% de la población era ya seropositivo. Para entender hasta qué punto la epidemia de VIH puede verse afectada por la prevención y el control de las ETS es importante recordar tres importantes factores que influyen la epidemia en una población susceptible⁸:

- la probabilidad de la transmisión, que aumenta en presencia de secreciones genitales que contengan una crecida concentración de virus, como en las ETS;
- la duración del periodo de infectividad (inicio y estadio final de la enfermedad, que es cuando los contenidos virales son mayores);
- número de compañeros sexuales (cuanto mayor sea el número, también será mayor será la probabilidad de que incluya un portador de ETS, lo que explica la alta prevalencia entre las personas sexualmente muy activas).

Los estudios sobre la interacción de ETS y SIDA y los resultados de Mwanza y Rakai, sugieren que la prevención y el control de las ETS al principio ó en la fase precoz de la epidemia, pueden tener influencia sobre la infección por VIH. Efectivamente, en la “epidemia inmadura” estamos aún en presencia de numerosas relaciones sexuales entre parejas discordantes (quiere decir VIH+ y VIH-) donde podría reducir la transmisión, y la carga viral puede aún controlarse tratando la ETS. Hay que profundizar y aclarar, sin embargo, en qué proporción la disminución de la incidencia del VIH es debida a la reducción de la prevalencia de las restantes ETS y en qué proporción a otros factores originados por la diversidad del tratamiento utilizado en los dos casos, sindrómico en Mwanza y tratamiento de masas en Rakai.

En efecto, en las áreas rurales del África del Este, en que ambos métodos han sido realizados, están ampliamente difundidos comportamientos sexuales en los que intervienen simultáneamente varios compañeros, lo cual es origen de infecciones, sea de VIH ó de otras ETS. Dado su breve periodo de latencia las ETS pueden exigir al paciente cuidados sanitarios antes de que haya aparecido ninguna señal de una posible infección simultánea por VIH. A los pacientes en tratamiento de una ETS se les recomienda la abstinencia sexual ó el uso de preservativos durante dicho tratamiento. Si el enfermo atiende estas medidas preventivas, además de tratar su ETS disminuirá también la posibilidad de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana. Estas consideraciones podrían explicar bien los distintos resultados en los estudios de Mwanza y Rakai y otorgar su justo valor a los aspectos de comportamiento en el análisis sindrómico.

UGANDA, ZAMBIA Y SENEGAL: ¿EFECTOS DE LA PREVENCIÓN O HISTORIA NATURAL DE LA EPIDEMIA?.

Uno de los primeros países afectados por la epidemia, Uganda, se ha convertido en un ejemplo para los demás países, ya que la tasa de infección de la población adulta, del 14% en los primeros años 90, ha descendido hasta el 8% en 2000, lo que constituye un resultado sensacional. En Zambia, que ha implicado en el problema a los sectores sanitario, educativo, agrícola e industrial, la tasa de infección de los jóvenes ha disminuido a casi la mitad desde el año 1993. Zambia podría pronto invertir la tendencia del VIH. Si todos los Estados africanos pudieran realizar lo que están haciendo Uganda y Zambia, además de Senegal en África occidental –es decir, reducir el número de contagios por debajo del de fallecimientos por SIDA- podrían cambiar la situación mediante una decisiva disminución de la velocidad de esta epidemia que está cambiando la historia. Por supuesto que valorar el cambio de comportamiento es complejo, pero un estudio, en particular, ha tratado de demostrar el efecto positivo de la prevención y de las campañas de educación.

Con la finalidad de cuantificar la epidemia de VIH-1 en Uganda, se han confrontado dos escenarios (con cambio y sin cambio de los comportamientos de riesgo), empleando un modelo matemático de simulación para comparar los datos reales de la vigilancia VIH en los lugares centinela. Pues bien: los datos reales que han mostrado la evolución del VIH, prevalentemente en disminución, corresponden al cambio de los comportamientos de riesgo. Esta ha sido una de las pocas tentativas que tratan de medir objetivamente cómo las actividades de prevención pueden incidir –y probablemente inciden verdaderamente- sobre la historia natural de la epidemia.

CONCLUSIONES.

Existen aún muchos interrogantes respecto a los efectos de la epidemia VIH sobre la población. ¿Cómo influiría la pérdida de tantos adultos de la comunidad rural sobre la producción y sobre la seguridad de los alimentos? ¿Cuál será el efecto sobre la fertilidad de las mujeres rodeadas por la muerte? ¿Cuáles serán los aspectos sociales para una generación en la que faltaran jóvenes adultos incapaces de criar a sus hijos ni de atender a sus mayores?

El primer desafío es reducir el número de nuevas infecciones lo más rápidamente posible. La experiencia de los últimos 15 años y las “*lessons learned*” en los últimos 2 ó 3, indican, a la luz de la evidencia epidemiológica, algunos argumentos-clave irrenunciables para no rendirse al SIDA:

- planes nacionales de lucha contra el SIDA, lógicos y coherentes, que impliquen al mayor número posible de actores;
- sólido partenariado bilateral y multilateral con las agencias internacionales y con los organismos de cooperación para el soporte financiero de las estrategias nacionales para el control de la epidemia;
- empeño político y aportación de recursos intersectoriales a largo plazo (programar a largo plazo y no sobre emergencias);
- campañas de sensibilización de amplio alcance y que motiven la participación de la comunidad, considerando toda posible sinergia entre prevención y tratamiento, sobre todo respecto a los sectores de población más vulnerables y desfavorecidos¹⁰.

Existen nuevas esperanzas y también nuevas evidencias científicas, tanto en el campo de la prevención como en el del tratamiento, que influirán sin duda en el gran empeño de la lucha contra el SIDA –como ha afirmado Peter Piot, director ejecutivo del UNAIDS. Nadie que tenga capacidad de intervenir en el tema, está llamado, humanamente ó profesionalmente, a no desentenderse de este problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. WAKIN D.J. *Aids wildfire ravages southern Africa*. The News Gazette Sec. B. Oct 25th 1998.
2. *Aids epidemic update; december 2001*. Unaids/Who.
3. *Report on the global Hiv/Aids epidemic-June 2001*. Unaids/Who.
4. LOGIE A.W. *Africa revisited: a distressing experience*. BMJ, 2001; 322:59.
5. KALIPENI E.. *Health and disease in southern Africa; a comparative and vulnerability perspective*. Soc.Sc. & Med., 2000, 50.965-83.
6. GROSSKURTH H., *Control of sexually transmitted diseases for Hiv-1 prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials*. The Lancet, Vol. 355, June 3, 2000, 1981-87.
7. HUDSON C.P., *Community-based trials of sexually transmitted disease treatment: repercussions for epidemiology and Hiv prevention* Bulletin of the Who, 2001, 79 (1)
8. HITCHCOOK, P., FRANSEN, L., *Preventing Hiv infection: lessons from Mwanza and Rakai*. The Lancet, Vol. 353, February 13, 1999, No. 9152.
9. KILLAN A.H.D. et al., *Reductions in risk behaviour provide the most consistente explanation for declining Hiv-1 prevalence in Uganda*. Aids 1999, 13391-98.
10. *L'iniziava della cooperazione italiana a sostegno dei programmi di lotta all'Hiv/Aids in Africa*. Materiale didattico del seminario di aggiornamento all'istituto diplomatico “M. Toscano”, 7-9 febbraio 2001, M. AA. EE. Undp (Cd rom)

3. Sida en Africa Subsahariana: impacto económico y esferas de influencia de los actores internacionales.

Silvia Gramaticopolo
Experta en Política Internacional.

¿Qué influencias sufren los gobiernos del África Subsahariana en la elección de estrategias para afrontar el problema VIH?

¿Cuál es el impacto de la epidemia sobre su desarrollo económico?

En el intento de responder a estas preguntas se pueden identificar algunos elementos que permiten interpretar las direcciones de la política sanitaria, e incluso internacional, de los países del área.

INTRODUCCIÓN

Afrontar el tema con un análisis específico, que resulte válido para todos los países del África Subsahariana resulta complejo, pero, así y todo es posible identificar algunos problemas político-económicos nacionales que son constantes en la región, y algunas instituciones, fuerzas e intereses que pueden tener un peso y una influencia más o menos directos sobre las decisiones de los distintos gobiernos:

- Banco Mundial (BM) y Fondo Monetario Internacional (FMI);
- agencias internacionales;
- intereses nacionales;
- las ONG el sector privado de la cooperación;
- las asociaciones para la cancelación de la deuda pública, para los derechos humanos, para el acceso a los medicamentos.

Estos elementos (y sin duda otros muchos) se interrelacionan y producen resultados diversos según los países, según su estado relativo de emergencia sanitaria, su posibilidad de acceder a los préstamos de la Banca mundial, al sostenimiento de los países occidentales a través de acuerdos bilaterales, así como a las condiciones económico-productivas de la propia nación.

Todos estos factores, que serán brevemente analizados a continuación en sus características más sobresalientes, confluyen en las decisiones del gobierno, haciéndole dudar en la toma de decisiones aparentemente inexplicables como el “curioso” comportamiento del presidente Mbeki (Sudáfrica) al que la prensa ha dedicado una generosa atención.

Banco Mundial (BM) y Fondo Monetario Internacional (FMI)

El BM ha promovido, tanto directa como indirectamente, diversos estudios sobre el impacto económico de la epidemia en África y por último ha tomado nota de la emergencia que supone el SIDA y de la necesidad de adoptar medidas específicas para sostener los PVD (Países en Vía de Desarrollo), para enfrentarse al problema.

En septiembre de 1999 se ha emprendido un nuevo plan estratégico específico: *“Intensifying Action Against Hiv/Aids in Africa: Responding to a Development Crisis”*. En el año financiero 1999-2000 el BM ha empleado 493 millones de US\$ (510 millones de US\$ presupuestados para 2001) para financiar proyectos dedicados a la prevención y

al tratamiento del SIDA. La mayor parte de estos fondos se destinará al África Subsahariana. Los préstamos deberán dirigirse en beneficio de aquellos países que han sido ya elegidos beneficiarios de los préstamos IDA (*International Development Association*) y que paralelamente a la intervenciones relativas al VIH/SIDA se comprometan en forma significativa a favorecer y sostener las ONGs, las organizaciones comunitarias y el sector privado activo en la asistencia sanitaria. El problema “SIDA” comienza a abrirse camino también en la reestructuración financiera interna de los países apoyados por el Fondo Monetario Internacional. El problema de gestión de la emergencia sanitaria, relacionada también, aunque no únicamente, con la epidemia VIH/SIDA aparece en casi todos los “*Poverty reduction strategy papers*” y en los “*Memorandum of economic and financial policy*” que los PVD presentan anualmente al FMI.

El BM y el FMI son las instituciones que llevan, preferentemente, el pulso de la situación económica y financiera de los países en vías de desarrollo. El hecho de que el Banco Mundial se ocupe directamente (ó a través la UNAIDS, que financia en parte) de enfrentarse al problema del SIDA da una medida de hasta qué punto es real y fundada la preocupación por la disminución del crecimiento económico y de la productividad de los mismos países.

Agencias internacionales¹

Mientras que el BM y el FMI han intervenido bajo el impulso de las preocupaciones relativas a la estabilidad económico-política de los países afectados por la epidemia, las Naciones Unidas han respondido al problema enfocándolo bajo una óptica orientada en sentido socio-asistencial y han fomentado sinergias entre las propias agencias con un único programa ya conocido de todos: ONUSIDA.

UNAIDS parece recalcar la tendencia a una cooperación al desarrollo que establece programas verticales más que desarrollar la capacidad local de organizar y mantener en su territorio una red “horizontal” y permanente de instituciones sanitarias

ONUSIDA nace en 1996 reuniendo seis organizaciones: UNICEF, PNUD, FNUAP, UNESCO y OMS. A las que se añade en 1999 PNUFID. ONUSIDA dispone de un presupuesto anual de 60 millones de \$US (en 1998 los Estados Unidos han contribuido con 15 millones de dólares). Otros donantes importantes son Holanda, Inglaterra, Suecia y Dinamarca. La novedad en la institución es que también las ONGs están representadas (con 5 puestos) en el “*Programme Coordinating Board*”. La prioridad de intervención individual se atribuye por lo común a la protección de los grupos más vulnerables, la prevención de la transmisión vertical, desarrollo de una vacuna e iniciativas especiales para países del África sub-Sahariana.

ONUSIDA interviene en los países en vías de desarrollo coordinando la actividad de los representantes de cada agencia en un “*Theme group*” específico para cada país, a cuya participación son invitados, en la mayoría de los casos, representantes del mismo y de las ONGs presentes en el territorio. Este modelo organizativo, encomiable por el principio participativo, parece, sin embargo, recordar la tendencia a una cooperación al desarrollo que establece programas verticales, aunque “integrantes” (donde la integración parece interesar más a las agencias internacionales que a los países receptores) con preferencia a desarrollar la capacidad de organizar y mantener en su

propio territorio una red “horizontal” y permanente de instituciones sanitarias. Y esto, a pesar de que la explícita declaración de que el objetivo de los *Theme group* es ayudar a los gobiernos de los países receptores en el esfuerzo de desarrollar estrategias para el control de la epidemia de SIDA.

Intereses nacionales

Es innegable que los estados africanos, (como algunos occidentales), se habían dado cuenta con un cierto retraso de la importancia del problema SIDA, pero, con independencia de las razones de dicho retraso, no existe prácticamente ningún líder político que no denuncie estentóreamente lo dramático de la situación. Los Gobiernos de los Países en vía de desarrollo afrontan (ó deberán hacerlo en breve) los problemas de caída de la productividad, aumento de la pobreza y, en consecuencia, los de inestabilidad social (sin excluir el de los huérfanos). Sin embargo el problema SIDA, si bien en estos momentos es el más “visible”, sobre todo desde el punto de vista mediático, no es el único que deben afrontar los Sistemas Sanitarios Nacionales ya que no pueden olvidarse otros como los de mortalidad materna, paludismo, tuberculosis (estrechamente relacionada con el SIDA), etc. Estos corren el riesgo de ver disminuir los recursos dedicados a su atención, al ser éstos sustraídos para afrontar la “nueva” emergencia (bajo la presión de distintos intereses ó simplemente de la oportunidad de su financiación). Saliendo del ámbito sanitario, los Gobiernos que valoran la posibilidad de invertir en fármacos para el control del SIDA y de las infecciones oportunistas, pueden verse obligados a privar de financiación adecuada las acciones de prevención, los tratamientos de otras enfermedades e incluso proyectos orientados a alcanzar otros objetivos, no relacionados con el SIDA, sino con el refuerzo de las economías nacionales.

Organizaciones No Gubernamentales

Las ONG han adquirido una posición relevante en la cooperación internacional, especialmente a partir de los años 80. Entre todas las acciones llevadas a cabo en los PVD, las de las ONG han resultado las más eficaces por una serie de motivos: estos organismos carecen, institucionalmente, de fines de lucro, utilizan personal voluntario, fuertemente motivado y disponen de fondos que proceden de sus respectivas fuentes y que pueden ser gestionados de forma privada, sin excesiva intervención burocrática. Además las ONG han podido actuar independientemente de las exigencias de intervención de los organismos internacionales, aplicando su propia iniciativa a satisfacer necesidades primarias y esenciales de las poblaciones locales (con las cuales sostienen un contacto directo y continuado). El tiempo ha demostrado que los resultados obtenidos por las ONG han sido más apropiados, respecto a los de la cooperación oficial, y realizados con menores medios económicos.

No es éste el lugar más adecuado para hacer un discurso amplio sobre el papel de las ONG en la cooperación en el campo sanitario, pero sí puede ser útil, para valorar su contribución en los PVD (Países en vías de desarrollo), ofrecer un par de puntos de reflexión:

- las ONG pueden representar de forma más o menos directa los intereses geopolíticos de sus países de origen. Muchas ONG italianas dependen de la financiación de la cooperación italiana que es, por definición “parte integrante de la política italiana”²,
- las ONG pueden ser utilizadas por los laboratorios farmacéuticos para introducir en los países fármacos que no figuran en la lista de medicamentos esenciales,

alterando las disposiciones del Ministerio de Sanidad local³. Aunque tales procedimientos puedan justificarse por motivos “humanitarios”, no hay que olvidar que las listas de medicamentos esenciales son un instrumento fundamental en un PVD para el empleo lo más eficiente posible de los escasos recursos de que dispone su sistema sanitario. Los fármacos que no están comprendidos en estas listas, pero que sin embargo entran en el país, es posible que acaben en el mercado negro ó, en el mejor de los casos, ser utilizados de manera impropia.

OTRAS ASOCIACIONES

Las asociaciones de enfermos, de defensa de los derechos humanos, etc., son múltiples, y su influencia (gracias a la colaboración de los media y al hecho de que son muy publicitadas por los medios gráficos y la televisión) no puede ser ignorada. Una evidente demostración de este hecho es la publicidad dada a las manifestaciones de Pretoria el día de la apertura del contencioso que opone a los Estados Unidos y Sudáfrica, por la controvertida cuestión de la producción ó importación de los medicamentos anti-retrovirales. No es posible hacer un análisis específico para cada organización, pero sí puede subrayarse que a menudo se trata de iniciativas procedentes de países que están en la esfera de influencia anglosajona.

El 29 de marzo de 2001 se presentó oficialmente una nueva organización internacional (Gaa, es decir *Global Aids Alliance*), cuyo fin es sostener y coordinar los esfuerzos de los “grupos de presión”: asociaciones encaminadas a un más fácil acceso a los fármacos, de defensa de los derechos humanos, asociaciones profesionales, asociaciones de enfermos, etc. El Gaa se propone concentrar los esfuerzos de estas organizaciones en tres campañas: intervención en África, mejora del acceso a los medicamentos y apoyo a la campaña jubilar por la abolición de la deuda externa. Los próximos meses permitirán valorar la capacidad real de este organismo para ejercer presiones sobre los Gobiernos y sobre las multinacionales del medicamento.

LA SUDÁFRICA DE MBEKI Y EL SIDA

La posición del Presidente Mbeki respecto a los problemas relacionados con el SIDA ha saltado a la primera página de las publicaciones internacionales con ocasión de su discurso de apertura en la XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA reunida en Durban en julio de 2000. En realidad, ya se había manifestado antes la posición del gobierno africano en una carta oficial al Presidente Clinton (*Washington Post*, 18 abril 2000); en la misma, Mbeki, denunciando la emergencia de la epidemia, admitía dudosas teorías científicas (actualmente desacreditadas) que niegan la relación entre infección VIH y SIDA.

En la misma “carta abierta” Mbeki identificaba la grave condición socio-económica del país como la verdadera causa de la emergencia sanitaria de Sudáfrica. El discurso de apertura de la Conferencia de Durban ha tenido un efecto de resonancia que no había suscitado la carta precedente, salvo en algunos grupos de intereses ya directamente involucrados.

La toma de posición de Mbeki ha provocado muchas reacciones, (entre ellas una diplomática declaración del propio Mandela, comprometido probablemente por el extremismo de su delfín) y un estado general de preocupación por parte del público internacional. Es indudable que, en la actualidad, Sudáfrica ocupa una posición de

liderazgo político-económico en el Continente. Varios factores contribuyen a este predominio: el prestigio del ex Presidente Mandela; la victoria sobre el sistema de apartheid un sistema económico en algunos casos comparable con el de los países occidentales, un PIB que equivale al 75% del total de la región completa sub-ecuatorial (identificable aproximadamente con el área de la SADEC)⁴. Preocupa justamente que el líder político de una nación con fuerte influencia en el Continente, asuma posiciones “desconcertantes”, creando precedentes para el comportamiento análogo en países bajo influencia directa de Sudáfrica.

Un análisis algo más detenido puede justificar en parte la posición de Mbeki y no inculparle plenamente de ignorar de plano el “problema SIDA”, como aparece en la prensa. Ante todo, expone la evolución de la epidemia de VIH en Sudáfrica: entre 1991 y 2000. La prevalencia ha pasado de menos de un 1% a más del 20%, haciendo adquirir al país el poco envidiable lugar de cabeza de serie en las estadísticas del Continente (la progresión ha sido monitorizada en el tiempo por ONUSIDA). Siguiendo las vías de difusión de la epidemia en Sudáfrica y en los países fronterizos, ligados a ésta económicamente, se encuentra una difusión con valores de prevalencia altamente heterogéneos. Tal particularidad se ha explicado mediante argumentos de política económica. Sudáfrica (y también Namibia) poseen ingentes recursos minerales, para cuya explotación se han admitido trabajadores inmigrantes de los países vecinos. La política de inmigración, de todas formas, no ha cambiado sustancialmente de la que existía durante el régimen del apartheid: la *Aliens control act* de 1991 no ha cambiado su contenido ni durante el gobierno de Mandela ni durante el de sus sucesores. Esto significa que se concede la inmigración legal únicamente a la fuerza de trabajo que se considera necesaria para la extracción de minerales, acceso restringido que favorece la presencia de clandestinos, los cuales, según estimaciones más bien moderadas, deben alcanzar una cifra de cerca de un millón de trabajadores.

La situación de clandestinidad, en especial de los trabajadores de la minería, expone a los inmigrantes a una serie de riesgos: falta de seguridad social, sensación de precariedad, fragilidad contractual. Tales situaciones hacen del trabajador en situación irregular una víctima fácil de la explotación y de la violencia, y hace difícil pensar que entre tales personas una campaña de educación sanitaria tenga alguna posibilidad de éxito, y por ello parece particularmente hipócrita hablar de “diferencias culturales” que justifiquen la difusión de la epidemia y el fracaso de las campañas de prevención. Defenderse del SIDA significa una protección de larga duración, una asunción de responsabilidades frente a sí mismo, la familia y la colectividad; un trabajador clandestino, que está sometido a condiciones de seguridad dramáticamente precarias, no puede tener una visión a largo plazo y no puede tampoco privarse de las escasas gratificaciones que puede procurarse. Según estudios realizados en 1999, el 75% de las prostitutas que deambulaban alrededor de los yacimientos minerales de la provincia de Gauteng era seropositivo y cerca del 25 % de los trabajadores también lo es al cabo de poco tiempo. Los obreros siguen un régimen de trabajo rotatorio y vuelven a sus lugares de residencia, en Sudáfrica ó en los países vecinos, transmitiendo el virus de esta forma en el núcleo familiar de origen. En esta situación, que permite mejor que otra cualquiera el estudio integral del problema, se inscribe la declaración de Mbeki, tendente a reclamar la atención sobre el hecho de que no es suficiente considerar el SIDA como una enfermedad por un agente etiológico viral.

No puede negarse que el comportamiento del Gobierno de Sudáfrica, asociando las declaraciones de Mbeki a las posiciones del Ministro de Sanidad (Mario Tshabalala-Msimang) pueden parecer ambiguas : el Presidente declara que no está probado que el SIDA sea consecuencia del VIH. Sobre estas posiciones, el Ministro de Sanidad que al mismo tiempo rehúsa declarar el SIDA una emergencia nacional: tales declaraciones no serían completamente platónicas, en cuanto permitirían a Sudáfrica importar fármacos anti-retrovirales de los productores de India y Brasil burlando la normativa internacional sobre patentes. Pero, simultáneamente, el Gobierno de Sudáfrica ha presentado una demanda contra las multinacionales farmacéuticas para reivindicar el derecho del País para importar, pero sobre todo para producir productos farmacéuticos “*patent-free*”, tanto retrovirales como para el tratamiento de las *Aids-related diseases*⁵.

Sudáfrica es el único país (junto a Egipto) cuya infraestructura industrial es capaz de producir fármacos genéricos de calidad en el continente africano. Si Sudáfrica comenzase a producir fármacos anti-retrovirales, no gravados por la carga del costo de investigación, podría proporcionarlos a todo el mercado del África Subsahariana, haciendo la competencia al producto indio y thailandés. Esto induce a pensar que no se trata tanto de subestimar el peligro cuanto de una precisa intención de favorecer los intereses y el futuro desarrollo económico del país, aunque sea a costa de retardar la intervención para contener la epidemia. Por su parte, las multinacionales farmacéuticas no han permanecido inactivas; en los últimos meses se ha asistido a una especie de carrera a la baja, aprovechando la campaña lanzada por ONUSIDA-MSF por un más equitativo acceso a los medicamentos. A esta campaña se han adherido Glaxo-Wellcome, Cipla, Bristol-Myers y Merck, con distintas ofertas de “descuentos”. Vista la situación internacional y la nueva actitud de las multinacionales, no parece arriesgado predecir el conflicto entre dos intereses económicos distintos:

- el Estado Sudafricano (y también Brasil) que tratan de proteger el crecimiento nacional de la propia industria, previendo su expansión en el mercado regional;
- y las multinacionales farmacéuticas, que están interesadas en mantener el monopolio del mercado de medicamentos, y que, para lograrlo, están dispuestas a una renuncia temporal a mayores beneficios, al menos en algunos fármacos, para dar una mejor imagen ante la opinión pública y ante la presión insistente de los grupos de presión. Al mismo tiempo, proveyendo al mercado Subsahariano de fármacos gratuitos ó casi, impiden el desarrollo de una industria (local y no solamente local) relacionada con los mismos sectores.

Tal postura levanta sospechas de una acción de *dumping*, justificada es cierto por factores humanitarios y por la emergencia SIDA. Ofreciendo fármacos a un precio probablemente inferior al de costo de producción (todas las empresas farmacéuticas son más bien reticentes sobre este punto) las multinacionales “drogan” el mercado impidiéndole el acceso a otros productos locales.

SIDA. EL IMPACTO ECONOMICO⁶

El VIH/SIDA mina en su base el desarrollo económico y social de los países a los que afecta, incidiendo negativamente sobre sus niveles de ahorro, sobre los efectivos humanos, reduciendo en fin los recursos a disposición del Estado. El SIDA no es únicamente un problema sanitario sino también macro-económico constituyendo un círculo vicioso en el cual, al incrementarse la pobreza, se favorece la ulterior difusión de la epidemia.

Los modelos económicos desarrollados durante los años 80 habían calculado que la incidencia del SIDA sobre la economía de los países más afectados, no habría afectado sustancialmente su capacidad productiva en su totalidad. El PIB per capita, distribuido entre un menor número de trabajadores, según algunas previsiones, podría incluso haber aumentado. En el conjunto, el impacto de la infección por VIH sobre el crecimiento económico de los países afectados, comparado con otras prioridades, ha estado excesivamente infravalorado. Hoy, la atención que vuelve a concederse al problema parte de planteamientos muy diferentes a los de los años 80. El VIH se acepta que tiene un fuerte impacto regresivo sobre el desarrollo económico porque incide sobre tres factores principales que están en la base del propio desarrollo:

1. *capital físico*: aumento del gasto por asistencia sanitaria, disminución del ahorro y por tanto de la inversión;
2. *recursos a disposición del Estado*: incremento de los gastos en sanidad y en protección social;
3. *capital humano*: en los países donde hay una alta prevalencia del VIH se prevé que la esperanza de vida descenderá a los 30 años, afectando a la población en el periodo de su vida en que es más productiva, con la consiguiente contracción de la fuerza de trabajo especializada a favor de la no especializada)

Las consecuencias de la epidemia repercuten por lo tanto sobre diversos sectores:

- *sectores macroeconómicos*: la disminución de los ingresos fiscales, el aumento de los gastos sanitarios y de la protección social, hacen que los gobiernos dispongan de menor disponibilidad de recursos y que deban afrontar mayores costes para la formación de nuevo personal especializado, como maestros y médicos;
- *Familia*: los recursos a disposición de las familias disminuyen por la contracción de las entradas y el aumento de los gastos médicos, deteriorando el ahorro y el capital;
- *Salarios*: la pérdida de trabajadores especializados podría conducir a un aumento de salarios para estas categorías en el mercado; esto no sucede aún porque los trabajadores no especializados representan en todo caso la mayor parte de la fuerza de trabajo;
- *Ahorro privado*: en los PVD (Países en vías de desarrollo) el ahorro es inversamente proporcional a la incidencia del VIH;
- *Inversiones*: el ahorro nacional, en los PVD, es la principal fuente de financiación de las inversiones. La reducción de las inversiones, originada por la contracción del ahorro, podría únicamente ser evitada mediante la intervención de fuentes de financiación ajenas a los países, cosa que, hasta ahora, no ha sucedido.
- *Recursos humanos*: al inicio de la epidemia, en los años 80, se infectaron toda clase de trabajadores, especializados o no. Los trabajadores especializados (que en general representan una minoría en los PVD) han podido disfrutar de relativos aumentos salariales, con mayor acceso a los servicios escolares y sanitarios. La mejor asistencia sanitaria y el mayor nivel de instrucción de estos han favorecido en ellos una reducción de la infección por VIH. Las mismas consideraciones, evidentemente, no pueden hacerse con la mayor parte de la población (trabajadores no especializados) que, debido a la disminución de la renta, dispone de un menor acceso a los servicios sanitarios y, a menudo, está obligada a suprimir gastos “superfluos”, como podrían considerar los relativos a la educación de los niños.
- *Sector privado*: El VIH/SIDA, reduciendo la capacidad de los gobiernos para realizar una eficiente gestión económica, influye negativamente en la disponibilidad de estructuras físicas, de capital humano y de ordenamiento legislativo capaces de crear un ambiente favorable al desarrollo del sector privado.

El primer modelo epidemiológico, al comienzo de los años 80 habían atribuido al comportamiento sexual el factor clave que justificaba la difusión del VIH. Esta orientación ha sido abandonada recientemente, permitiendo centrar la atención sobre factores económicos, sociológicos y culturales concomitantes: pobreza, migración de trabajadores, desigualdad de género, sólo por citar algunos, se señalan brevemente los siguientes:

- Ya que el acceso a los servicios sanitarios depende de la renta es intuitivo (y también demostrado) que los más altos niveles de desigualdad social están asociados a una mayor prevalencia del VIH/SIDA.
- Distintos niveles de desarrollo en regiones vecinas inducen la emigración de los trabajadores, concentrándoles en áreas urbanas o de minerales, donde existe, a menudo, un aumento de la prostitución.
- Las mujeres, en situación de dependencia en el seno de las familias, no pueden tomar medidas para la preservación de la propia salud: se ha demostrado que cuanto mayor es la posibilidad de empleo para las mujeres, y, en consecuencia, mayores son sus ingresos, menor probabilidad existe de contraer el VIH.
- La diversidad étnica puede ser un importante factor relacionado con la prevalencia del VIH, en cuanto que las poblaciones minoritarias en estado de precariedad, no pueden tener acceso a los recursos sanitarios, y las mujeres de dichos grupos pueden recurrir a la prostitución como medio de supervivencia.

La variable fundamental permanece relacionada, en general, con la duración de la epidemia: cuanto más a largo plazo se remonte ésta, más difícilmente pueden actuar los factores destinados a contenerla. (recursos humanos, disponibilidad de fondos económicos, sistema sanitario, etc.). La relación empírica entre VIH/SIDA y desarrollo económico, ha sido investigada relacionando las tasas de prevalencia del VIH en los años 70-80 con el crecimiento medio del PIB “per capita”, durante los años entre 1990 y 1997. La tasa de crecimiento del PIB “per capita”, calculado considerando constantes los demás factores que intervienen en el crecimiento económico, ha sido confrontado con los niveles de sero-prevalencia nacional en los países en los que dicha prevalencia es baja, el impacto sobre el crecimiento es escaso, mientras que en aquellos países en los que la prevalencia alcanza al menos un 8%, el nivel de crecimiento del PIB per capita se ha reducido al menos en 0,7 puntos porcentuales por año, durante los años 90. En consecuencia, si la tasa de prevalencia del VIH no hubiese alcanzado el 8,6% (en 1999), la renta “per capita” habría crecido en un 1,1% en lugar del 0,4%.

Los países más desarrollados, que gozan de un sistema económico más sólido, tienen capacidad, en general, de disponer de los recursos necesarios para prevenir precozmente la difusión de la epidemia, utilizando estructuras sanitarias capilares y mejorando la calidad de vida (al par que prolongando la productividad...) de aquellos que son seropositivos. Esta posibilidad es negada, en principio, a los países pobres, aquellos que no disponen de recursos para la inversión en enseñanza y en sanidad. Sin embargo, si existe una intensa respuesta a la epidemia, apoyada en la ayuda comunitaria, puede conseguirse una importante contención a la difusión del VIH. Esta especie de redes informales de información pueden ser fuentes importantes de prevención como ha sido demostrado en la experiencia de Uganda.

Tratar de reducir el impacto económico de la epidemia implica afrontar algunas problemáticas clave de desarrollo socio-económico:

- realizar intervenciones macroeconómicas, que reinicien los círculos de crecimiento y que, por consiguiente, aumenten los recursos fiscales, permitiendo a los Gobiernos afrontar, desde una base sostenible, los efectos de la epidemia;
- afrontar los problemas de desigualdad de ingresos y de género y resolver el impacto negativo de las divisiones étnicas;
- mejorar el acceso a las estructuras sanitarias y mejorar el tratamiento de las enfermedades oportunistas.

BIBLIOGRAFÍA

Ensayos / Manuales.

- CASSESE. *I diritti umani nel mondo contemporaneo*. Laterza, Bari. 1994.
- DETALMO PIRZIO BIROLI. *Aiuti allo sviluppo*. Arcadia Editore, Modena 1994.
- FAGE. *Storia dell’Africa*. Sei. Torino 1991.
- GLIPIN. *Politica e economia delle relazioni internazionali*. Il Mulino. Bologna 1990.
- SCARLEZZINI-ROSA. *Le relazioni internazionali*. NIS- Urbino 1994.
- DOMINICK SALVATORE. *Economia internazionale*. NIS. Urbino 1992.
- SARTORI GIOVANNI. *Elementi di teoria politica*. Il Mulino. Bologna 1990.

Artículos y documentos

- AINSWORTH ., FRASEN, L. AND over, M_ *Cofronting Aids: evidence from the developing world*. Brussels: EC 1998.
- BENANTAR ABDNMOUR, *Arabi e africani uniti per cacciare l’intruso occidentali*. Limes-Rivista di geopolítica italiana, nº 3, 1997, Gruppo editoriale l’Espresso.
- BIBEAU. *L’Afrique terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes*. Anthropologie et sociétés 15/1991.
- BONNEL, R., *Hiv/Aids: does in increase or decrease growth in Africa?*, Washington: World bank.
- BULARD. *La nécessaire définition d’un bien public mondial. Les firmes pharmaceutiques organisent l’apartheid sanitaire*. Le Monde diplomatique, Janvier 2000.
- DONOVAN-ROSS, *Preventing Aids: determinant of sexual behaviour*. The Lancet, 27 May 2000.
- DESMOND. *L’Afrique du Sud dans les relations internationales. L’Afrique du Sud en transition*. Paris, 1995.
- ESTÉBANEZ. *Gisements d’infection*. Le Monde diplomatique. Decembre 2000.
- FASSIN DIDIER. *Une crise épidémiologique dans les sociétés de post—apartheid: le sida en Afrique du Sud et en Namibie*. Afrique Contemporaine. N.S. 3-2000.
- FROMMEL DOMINIQUE. *Contre le sida, l’arme du débat*. Le Monde diplomatique. Decembre 2000.
- GULMANELLI STEFANO. *Il Sudafrica potenza regionale*. Limes. Rivista di geopolítica italiana, nº3-1997. Gruppo editoriale l’Espresso.
- Imf. *Staff Ctry Report nº 00/11. Angola: Recent Economic Development*.
- Imf. *Angola: Memorandum of Economic and Financial Policies*. 3/04/2000
- Imf, *Uganda Letter of Intent*. March 9, 2001.
- Imf, *Tanzania, Letter of intent and Technical Memorandum of Understanding*. February 24, 2001.
- Imf, *Rwanda, letter of intent and Technical Memorandum of Understanding*, November 6, 2000
- LYDYÉ NATHALIE, *L’épidemie du VIH/SIDA en Afrique: état des lieux*. Afrique Contemporaine, .S. 3-2000.
- LURIE, P., HINTZEN, P. LOWE R.A., *Soioeconomic obstacles to Hiv prevention and treatment in developing countries: the roles of the Imf and the World Bank*. Aids 1995, 9(8): 982-984
- MALOWANY MAUREEN.. *Unfinished Agendas writing the history of medicine of sub-saharan Africa*, African affairs (2000), 99, 352-349.
- Ministero degli Affari Esteri, Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, *Relazione annuale sull’attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 1999*. Roma, 2000.
- ONANA J.B. *Mandela secondo gli Africani*, Limes-Rivista di geopolítica italiana, nº 3-1997, Gruppo editoriale l’Espresso.
- OVER M., *The macroeconomic impact of Aids in sub-Saharan Africa*. Washington 1992: World bank
- PERCY S.. MISTRY, *Africa’s record of regional cooperation and integration*, African Affairs (2000) 99, 553-573.

- PICCIAREDDA STEFANO. *Ogni dio vuole il suo spazio*. Limes-Rivista di geopolítica italiana, nº 3-1997, Grupo editoriale l'Espresso.
- RIVIÈRE PHILIPPE, *Sida, fin de l'indifference*. Le Monde diplomatique, 7 luglio 2000.
- STOVER, JOHN & LORI BOLLINGER, *The economic impact of Aids in Africa*. The Futures Group International, Glastonbury CT., March 1999
- TIBAIJUKA A.K., *Aids and economic welfare in peasant agriculture: case studies from Kagabiro Village, Kagera Region, Tanzania*. World development, 1997, 25 (6):963-975.
- UnAids 2000, *Report on the global Hiv/Aids epidemic*. Geneva: UnAids.
- WILLIAMS, CAMPBELL, MacPHAI, *Managing Hiv/Aids in South Africa. Lessons from industrial settings*. Council for Scientific and industrial Research, 1999. Auckland, South Africa.
- WILLIAMS, BIBOLO, KÉROUEDAN, *Colmater les brèches. Soutien et soins aus sérpositifs et aux malades du sida*. Londres. ACTIONAID-AMREF, 1995.
- *Confronting Aids public priorities in a global epidemic*. World Bank, November 1997.
- World Bank. *Safeguarding development in the age of Aids*. Washington 2000: World Bank.

NOTAS

1. En este grupo se incluyen también las actividades promovidas por la Comisión Europea, pero, por motivos de síntesis, serán aquí omitidas a favor de la más “visible” y orgánica iniciativa UnAids.
2. La Farnesina, identifica las áreas de intervención prioritaria en la que señala o promociona proyectos, concentra los recursos privados en zonas de interés geopolítico específico. Con este propósito se ha hablado también de Gongo (*Governmentally organized Ngo*), queriendo evidenciar la insistente intervención de algunos Estados en la acción de las “propias” asociaciones de voluntariado. Por citar otro ejemplo: no son raras las sinergias entre Médicos sin Fronteras y el Ministerio de Asuntos Exteriores francés. Por último, se ha señalado, hace algunos años, la peculiar concentración de las ONG católicas en el África subSahariana en aquellos países donde la presencia cristiana es más fuerte y con el posible intento de “contener” la presión geopolítica islámica sobre el área central del Continente (*Italia-Usa-Vaticano: le sinergie della cooperazione*. Germano Dotori, Limes-Rivista di geopolítica italiana, nº 3-1997, Grupo editoriale l'Espresso)
3. Como ejemplo emblemático, la *Glaxo Smith Kline* ha ofrecido fármacos anti-VIH con un descuento de cerca del 90% declarando que no había esperado a concluir acuerdos con los Estados africanos, sino que había contactado directamente con las ONG presentes en el terreno (Reuters Health, London, 21 febrero 2001). En loa (la) misma dirección se ha movido también la Cipla (India) que ha concluido un acuerdo con Médicos sin Fronteras (Msf) ofreciendo Stavudina, Lamivudina y Neviparina a 350\$/paciente/año, y, a los Gobiernos “presentados” por Médicos sin Fronteras a 600\$/paciente/año. En la India, la Cipla vende el mismo paquete a 1.200\$/paciente/año (Reuters Health, Bombay/London. 7 de febrero 2001)
4. *Southern african development community*, nacida en 1992, es un área de integración económica que incluye Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mauritius (¿Mauritania?), Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.
5. El tema se ha concluido con la retirada de las multinacionales del medicamento.
6. Síntesis del documento : *Hiv/Aids does it increase or decrease growth in Africa?*. René Bonnel, Act Africa. World Bank. November 6, 2000.

5. La perspectiva antropológica en la difusión del VIH/SIDA en el Africa Subsahariana.

Mara Mabilia
Antropóloga social

La comprensión de los fenómenos socio-culturales es indispensable para definir cada estrategia contrastada en el enfrentamiento con la epidemia. No puede pensarse en vencer tal batalla si no se identifican los determinantes sociales, culturales y económicos del comportamiento sexual, y si no se considera atentamente el problema de la condición femenina.

Las mujeres son, en efecto, las primersas víctimas: por su bajo status socio-económico y por la imposibilidad de gestionar su propia existencia , a partir de su misma elección personal en el terreno sexual

INTRODUCCION

En 1994 un artículo aparecido en el *Medical Anthropology Quarterly* trataba de comprender la dinámica de la difusión del VIH entre la población del distrito rural de Masaka, región de suroeste de Uganda, preguntándose sobre las posibles interrelaciones entre la existencia de la infección y el status socio-económico de los sujetos afectados, por un lado, y la problemática *de género* de otro (Seeley J.A. y Colbs., 1994). Antes de entrar en detalles de la investigación de campo, los autores puntualizan sobre la situación, afirmando el escaso conocimiento sobre la dinámica de la transmisión del VIH en las áreas rurales de los Países en vías de desarrollo.

Al trazar el cuadro presente en el momento de su estudio, se evidencia cómo la evolución de la epidemia en vastas áreas del África del sur del Sahara, con mayor incidencia en las regiones orientales y meridionales, había replanteado la hipótesis, fundada sobre los “grupos de riesgo”. Uganda –y no solamente Uganda- se había presentado, en efecto, con una incidencia de infección muy superior a la tradicional categoría de riesgo –prostitutas, camioneros, soldados- por afectar a amplias capas de población. Resultaba urgente, entonces, conducir la reflexión sobre los “comportamientos de riesgo” y sobre las circunstancias sociales y económicas que determinan los modelos de comportamiento¹.

Dedicarse a la población en general ha supuesto, en consecuencia, llamar la atención sobre aspectos que pueden hacer de hilos conductores de una epidemia que ha ido tomando perfiles devastadores sea para el individuo en sí, sea para la comunidad en su conjunto. Los autores demandan la realización de investigaciones sobre la pobreza que debe comprenderse, antes que nada, como el conjunto de circunstancias físicas y sociales que, asociadas a la pobreza económica, pueden hacer a las personas más vulnerables a la infección. Por ejemplo, la dificultad de poseer una información correcta sobre sobre la enfermedad y su difusión, con escaso o nulo conocimiento de los comportamientos sexuales de riesgo; pobreza que, además, impide el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos.

Un bajo status socio-económico de las mujeres, unido a su mayor vulnerabilidad fisiológica ante la infección, hacen de la condición femenina un punto central en la

batalla contra la difusión de la epidemia. Estos dos puntos, a distancia de siete años, siguen siendo un campo prioritario de intervención, del que no puede prescindirse si se trata de vencer en una batalla contra la infección que ha alcanzado en determinadas regiones del continente –Botswana (35,8%), Lesotho (23,57%), Swazilandia (25,25%), Zambia (19,95%), Sudáfrica (19,94%- cimas de un dramatismo sin precedentes (Onusida 2000-a)².

Hay que recordar que la situación referida al conjunto del África Subsahariana, aunque esta parte del mundo continúe registrando el número más elevado de nuevas infecciones, se presenta altamente diferenciada en su interior. Junto a las cifras que se acaban de exponer, existen otras que fijan en menos del 2% la población afectada – Gambia, Guinea, Niger, Senegal-, otros indican una estabilización e incluso una reducción del número de personas nuevamente infectadas, reducción debida sea a los altos índices ya alcanzados, sea a las medidas de prevención adoptadas que, en algunas regiones (como Uganda) han reducido el riesgo de infección. En otros países, por el contrario, aparecen nuevos focos en rápida expansión, como está ocurriendo en Nigeria (Onusida 2001).

Más allá de la variabilidad de las condiciones, donde algunas experiencias parecen dar alguna esperanza a una situación que parece no tenerla, no es exagerado afirmar que el continente africano se enfrenta a un desafío, a causa de la epidemia de Sida, que determina un drenaje de recursos humanos que puede parangonarse solamente a la trata de esclavos, con su gravosa y dramática repercusión en el desarrollo de este vasto continente. A combatir en esta batalla, que África no puede enfrentar por sí sola³, los Estados africanos y sus propias comunidades podrían aprovechar la ocasión para experimentar nuevas vías, nuevos caminos, con la finalidad de dar una respuesta “diferente” a procesos de cambio distintos del modelo occidental. Y es, confiando en sus propios recursos humanos como debe emprender una acción tendente a oponerse a una tragedia de tales proporciones, abriendo, al mismo tiempo, ventanas para el futuro en el que hombres y mujeres “tengan” un futuro.

UNA MIRADA ATRÁS

Considerando el tema de los recursos humanos no puede omitirse la referencia al conjunto socio-económico donde aquellos deben vivir y actuar recíprocamente. Aquí podemos solamente señalar cuales son los factores cuya existencia actúa a favor de la difusión del virus.

El éxodo rural a las ciudades y la creciente movilidad interna, a los que se ha seguido el empobrecimiento de las áreas rurales, han producido un desmembramiento de las familias y de los grupos parentales, con paralelo aumento del número de mujeres sobre las que recae la responsabilidad de encabezar el núcleo familiar, no pocas veces al límite de la supervivencia (Mabilia 2000). Fenómeno éste en aumento, a causa del alto tributo en vidas humanas originado por el Sida.

Es necesario ser consciente, sin embargo, de que todo lo que estamos constatando ahora en el plano de la organización social, cultural y económica, es consecuencia de los cambios, traumáticos y profundos, introducidos en las distintas comunidades del África negra a partir del siglo XIX, cuando la intervención colonial europea cambió las estructuras de las instituciones sociales africanas. Esta intervención, a diferencia del comercio de esclavos, que también ha deteriorado las estructuras de las instituciones

autómas creando otras nuevas, y causando una pérdida continua de sujetos jóvenes y en buena salud, no ha tenido el peso que tuvo la presencia continua de los gobiernos coloniales sobre las comunidades. Administradores coloniales, misioneros, colonos, todos han contribuido, con motivaciones diferentes, a cambiar los modelos tradicionales, casi siempre sin ser conscientes de las profundas implicaciones que el ordenamiento tradicional tenía para los individuos. Ignorancia de las costumbres locales y prejuicios han contribuido a desnaturalizar el contenido de modelos organizativos e ideológicos complejos, sobre los cuales los diferentes grupos habían construido su propia vida comunitaria.

Haber prohibido la poligamia y el levirato, por ejemplo, obligando en el primer caso al hombre a repudiar a las mujeres a favor de una sola, “*ring wife*”, y, en el segundo, dejando de hecho a una viuda carente del sostén del grupo parental del marido, ha significado el desplazamiento hacia las ciudades de mujeres, viudas, divorciadas., a las cuales, por prejuicios sociales, se añaden las mujeres estériles, en busca de una forma cualquiera de sobrevivir a causa de los cambios introducidos en los sistemas tradicionales de protección social (Morris y Read, 1972; Beidelman, 1982). Con la pérdida de estas redes sociales de apoyo, otros cambios introducidos en las áreas rurales prohibiendo a las mujeres el acceso a la tierra para la producción de bienes de sustento las obligaron a buscar la forma de vivir en el ambiente urbano. Por este camino, las políticas coloniales que excluían a las mujeres del mercado de trabajo, unida a su escaso o inexistente nivel de escolarización, la llevaron hacia profesiones –producción de cerveza local y prostitución- que se revelaron como de alto riesgo para su salud (ETS primero y SIDA después)⁴.

Respecto a estos cambios estructurales, es preciso recordar, de forma particular para las regiones orientales, los cambios introducidos en los modelos educativos, con consecuencias que se reflejan actualmente en cambios que habría que considerar con la mayor atención, en vista de los proyectos de intervención que implican tanto a los individuos como a las comunidades locales. La sociedad africana disponía de principios organizativos y de valores morales tendentes a reglamentar tanto las conductas individuales como las dinámicas comunitarias. Entre éstos, los comportamientos sexuales eran objeto de un proceso educativo en el cual reglas y prohibiciones debían señalar y dirigir las acciones de hombres y mujeres. Tales reglas se transmitían de manera formal durante los periodos dedicados a las ceremonias de iniciación, durante los cuales, personas con conocimientos adecuados instruían a los muchachos y a las muchachas en las reglas de la vida adulta, entre las cuales se prestaba particular atención a las concernientes a las actividades sexuales⁵.

Al introducir el “proceso de modernización”, en cambio, todo este complejo proceso fue mal interpretado, porque se ignoraban sus contenidos. Ignorancia debida al desinterés y al desprecio de costumbres que se consideraban *primitivas* ó, peor aún, inmorales. La consecuencia fue la aplicación de sistemas cognoscitivos desarrollados en contextos diferentes y que han desnaturalizado, por desconocimiento, lo que formaba la experiencia local. Quizá no es exagerado afirmar que uno de los puntos críticos, en las transformaciones perpetradas por los agentes coloniales, está representado, justamente, en la acción sistemática hacia los comportamientos sexuales, a partir de la prohibición de las ceremonias de iniciación, en especial las de las muchachas, y a las prácticas unidas a ellas (Beidelman, 1982; Ahlberg, 1994). Prohibición que fue a dañar precisamente los aspectos educativos mientras, donde era practicada, la ceremonia de la

circuncisión continuó de hecho, aunque el contexto originario quedase notablemente disminuído.

Yomo Kenyatta expresa con palabras duras el profundo malestar de los africanos por las imposiciones occidentales, las cuales actuaron sobre la misma realidad humana como *“una pizarra vacía sobre la cual podría escribirse todo y que, para salvar del fuego eterno el alma pecaminosa se hubieran lanzado a la empresa de erradicar, del cuerpo y del alma, las antiguas costumbres, destrozando sus tradiciones tribales y sus instituciones”* (Kenyatta, 1938:268-9)

Todavía recientemente, posiciones como las presentadas por Caldwell y Colabs. (1987; 1989) – sociedades africanas organizadas sobre vínculos matrimoniales frágiles y caracterizadas por unos comportamientos sexuales femeninos más bien libres, causa de desórdenes relacionales que harían a las personas vulnerables al Sida- indican hasta qué punto los procesos históricos y su impacto sobre los modelos de organización, sobre las redes de relaciones y, en consecuencia, sobre los hábitos sexuales, ayer como hoy, continúan siendo desdeñados ó interpretados bajo una óptica prejuizada. Por ello no es sorprendente la escasa atención prestada sobre las mismas formulaciones morales, organizadas y expresadas, en formas distintas, en los diversos sisemas culturales y religiosos pero, sobre todo, de forma diferente de los “sentimientos” y la “visión” europea⁶. Malentendido, como ha puesto bien de relieve los trabajos de la Ahlberg sobre los Kikuyos, fruto de *puntos de vista diferentes*, para los cuales, la libre expresión de la sexualidad no quiere decir , por ejemplo, que la sexualidad no estuviese reglamentada (Ahlberg, 1991:1994).

El argumento merecería atención y más amplio tratamiento, pero lo que resulta más interesante recordar, pensando en el día de hoy, es la importancia del saber tradicional que ofrecía mucho más que reglas de conducta. En efecto: con el conocimiento de las normas en el terreno sexual, momento en el que se subrayaba la responsabilidad colectiva en la enseñanza de los valores sexuales, los jóvenes de ambos sexos eran diestrados en la disciplina que debía controlar sus impulsos sexuales⁷. De la misma manera, tabús y prohibiciones eran utilizados para mantener una adecuada conducta: aquel ó aquella que infringía las reglas debía temer, sea una enfermedad, sea causar un daño a la salud de pesonas que les eran próximas, padre, madre, hermanos, hijos. Para reforzar aún más el control, el grupo de compañeros con los cuales se había compartido el periodo iniciático, estaban comprometidos a corregir cualquier posible infracción de las normas (Ahlberg, 1991).

En consecuencia, la sexualidad y su ejercicio, como aspectos importantes tanto del proceso del crecimiento fisiológico, psíquico y cultural de cada individuo singular como del comportamiento y de la dinámica comunitaria, estaban bien controlados y permitidos dentro de límites y bajo condiciones también bien establecidos⁸. Cuando las relaciones entre educación, disciplina, reglas y prohibiciones se rompieron a causa de intervenciones externas, disminuyeron los vínculos entre los valores morales comunitarios y la conducta sexual, con el resultado de anticipar en la práctica el ejercicio pleno de la sexualidad y con una creciente inestabilidad de relaciones, a todo lo cual contribuyeron los cambios económicos y estructurales, anteriormente señalados.

Considerando lo que hasta aquí se ha dicho, con respecto a los jóvenes africanos, el conocimiento de su propia historia y de los hábitos tradicionales permitirían conocer lo

que se presenta como nuevo y lo que se presenta como fruto de un proceso de ajuste. Y esto es tanto más válido respecto a los cambios introducidos en los comportamientos sexuales, que producen por sí mismos, a través de la multiplicidad de compañeros, el vehículo principal de una pandemia que flagela precisamente a las personas de una franja de edades en las que un país, cada país, funda su propio presente y su propio futuro. Todo esto no pretende ser una invitación de vuelta al pasado, sino sobre todo una invitación crítica a encontrar en la historia pasada motivos para cambios cuyas raíces se nutran en ella. No se puede, en efecto, pensar vencer en tal batalla si no se reconocen los determinantes sociales, culturales y económicos de los hábitos sexuales, antes del Sida y después. Sólo afrontándola, los programas encaminados a prevenir la infección pueden tener posibilidad de invertir la actual tendencia.

VIH/SIDA: ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL PRESENTE.

En el momento actual del problema, cualquier elección que se haga ó cualquier propuesta que se proponga con la intención de frenar la difusión del VIH/SIDA y combatir una enfermedad tan devastadora tanto en el plano físico como sobre las redes de relación social, en ningún caso se debe prescindir del conocimiento y la consideración de las relaciones entre los géneros. Voluntariamente empleo este término, y no el de relaciones hombre-mujer, ó el de condición femenina, ya que éstos al contener el significado de “ser mujer” ó de “ser hombre” en el seno de la sociedad, sobreentienden al mismo tiempo los roles, el tipo de relaciones, las oportunidades que haber nacido masculino ó femenino consiente ó impone. En cambio, el género, como recuerdan Piccone Stella y Saraceno, siguiendo el trabajo de Joan Scott (1988) es el terreno inicial en el cual se manifiesta el poder.

Ambos autores, en la introducción a su libro, escriben: “las diferencias entre sexos en la naturaleza –el cuerpo femenino, dotado de características y capacidades propias, diversas a las masculinas- se prestan (se han prestado) a la construcción de una disparidad histórica, en virtud de la cual la división del trabajo, el quehacer cotidiano, el acceso a la esfera intelectual y simbólica, se han organizado desde antiguo según una profunda asimetría, con discriminación y desventaja del género femenino” (Piccone Stella y Saraceno, 1996:11).

Para frenar la difusión del VIH/SIDA en ningún caso se debe prescindir del conocimiento y la consideración de las relaciones entre los géneros: los roles, el tipo de relaciones, las oportunidades que haber nacido masculino ó femenino consiente ó impone

La diferencia entre los sexos, en la naturaleza, se ha manifestado para las mujeres como una mayor vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual, cuya presencia aumenta la receptividad a la infección del VIH⁹. Esta situación ha sido y es objeto de numerosos estudios y de particular atención, sobre todo por parte de las mismas mujeres (Weiss y Clbs. 1966; Farmer y Colbs. 1996). En 1989 la Society for women and Aids in Africa, acuñó la expresión “triple jeopardy” - triple riesgo -, para expresar el peligro en el que las mujeres, como individuos, como madres y como asistentes de personas enfermas, se encuentran de llegar a enfrentarse en el problema de la epidemia de Sida (Panos Institute, 1990). Además, entre las mujeres, las adolescentes asumen un especial riesgo, como demuestran algunos estudios epidemiológicos referidos al África Subsahariana. En esta parte del mundo la tasa de infección por VIH asigna a las muchachas de entre 15 y 19 años un porcentaje de infección del 17 al 21%, mientras los

hombres de edades similares el porcentaje oscila entre un 3 y un 7% (African on line service, 2000). Investigaciones realizadas, por ejemplo, en algunas áreas de Kenia occidental, bajo patrocinio del Unaid, encuentran que casi una muchacha de cada cuatro, en edades comprendidas entre 15 y 19 años, está ya infectada por el VIH, mientras que en los chicos, sólo uno de cada veinticinco es portador del virus, *en edades similares*.

La mayor vulnerabilidad biológica, sin embargo, no explica por sí sola ni la mayor incidencia sobre las mujeres ni la gran diferencia entre los adolescentes masculinos y femeninos, sobre la que las puntuación de la Society for women, antes citadas, ha tratado de llamar la atención. Otras razones, de naturaleza cultural y estructural, deben ser consideradas para explicar tan dramática incidencia, en particular entre las jóvenes. Sobre todo factores de estructura, tales como políticas económicas que acentúan la pobreza en general y la disparidad económica entre los sexos en particular; opciones políticas que, de hecho, tienden a perpetuar, a acentuar ó a introducir una disparidad de género en el acceso a los recursos, tales como la tierra, el trabajo, la educación, la asistencia sanitaria; guerra e inestabilidad política con su dramático éxodo de personas, en gran parte mujeres y niños, desplazados de su ambiente y presa de violencias y atropellos.

Las condiciones que se deriban, acentúan los ya existentes desequilibrios de género.que afectan en forma crítica a los adolescentes y pre-adolescentes¹⁰. No es por ello excepcional que estos niveles de edad merezcan una creciente atención por parte de las agencias internacionales, de los mismos gobiernos africanos y de numerosas organizaciones de base, debido a la explotación y los abusos sexuales de los cuales son víctimas niños y muchachas jóvenes y que concurren a aumentar los riesgos para su salud, aparte de infringir los más elementales derechos humanos. En el plano cultural, los modelos tradicionales tienden a penalizar a las mujeres, sea en niveles educativos, sea en términos de capacidad para dirigir sus propias vidas comenzando precisamente en la elección personal, en el terreno sexual. Mientras los hombres continúan por lo general manteniendo un papel preminente para decidir de qué forma y bajo qué condiciones ejercitan su propia sexualidad, las mujeres pueden verse obligadas, desde su pre-adolescencia, a sufrir la atención sexual de los jóvenes e incluso de los hombres adultos, sin ser capaces, tanto por la educación recibida como por la educación no recibida, de oponerse a los requerimientos e incluso a la imposición y a la violencia.

De todo ello resulta que es más urgente que nunca favorecer un proceso de información sobre la dinámica de transmisión de las ETS y del consiguiente mayor riesgo de infección por el VIH, dirigido precisamente a los jóvenes, con la finalidad de llenar el vacío de conocimientos y de modelos comportamentales, social y culturalmente significativos, y que vayan a reemplazar a los vetados procedimientos culturales tradicionales que antes se han señalado. De hecho, el silencio que se ha mantenido sobre todo lo que se refiere a la sexualidad y la reproducción, ha contribuído por su parte al actual deterioro del estado de salud individual y reproductiva¹¹.

En muchos países se han multiplicado los programas educativos tendentes a combatir el SIDA, con éxito estimulante (Tanzania, Uganda, Senegal). Es preciso sin embargo, recordar, como indica Mike Kesby (2000), al afrontar los problemas de comunicación sobre sexualidad en dos áreas rurales de Zimbabwe, la importancia de involucrar a los

hombres, jóvenes y adultos, en la adopción de comportamientos más conscientes respecto de sí mismos y de sus parejas ¹².

Con esta exhortación se vuelve a considerar que se pretenden cambios culturales que, por referirse a hábitos, comportamientos, creencias, que requieren una voluntad y consciencia en los individuos y entre los individuos, no son fáciles de conseguir. Pero es de aquí desde donde es necesario partir, ya que momentos sin duda positivos, como la educación escolástica, tienen el peligro de estar lastrados por actuaciones que implican violencia y disparidad de género¹³. Una documentada investigación, patrocinada por la asociación Human Rights Watch (Saunders & McClintock, 2001) referida a los peligros para su propia integridad que corren las muchachas en Sudáfrica, en las propias escuelas, y no por parte de sus condiscípulos, sino de los profesores, vuelve a plantear, dramáticamente, la discriminación de género, y con ella, situaciones de desprecio hacia las mujeres, difíciles de erradicar. Ciertamente que sobre la mujer continúan actuando prejuicios, modelos culturales y comportamientos que la han venido estigmatizando negativamente y siempre de manera peyorativa. ¿No se ha considerado durante mucho tiempo el Sida como un enfermedad de prostitutas? ¿Una enfermedad que las mujeres transmiten a los hombres?

El interesante artículo de Gill Seidel (1993), reflejando el lenguaje usado para “referirse” al VIH/SIDA por médicos, políticos, gente común, demuestra hasta qué punto perviven categorías y estructuras ideológicas que privilegian la exclusión, con pérdida de los derechos y del derecho a su ejercicio. Y a través de estas ideas continúa estigmatizada la infección primero, la enfermedad después, tanto como la propia persona afectada.

Respecto al choque, decisivo, entre control y exclusión por una parte y derechos y empowerment por otra, por usar un término que se ha introducido en la jerga corriente, se han alzado voces como la de Edwin Ardner (1977), quién, con feliz intuición, definió “muted groups” en los que las mujeres, por su propia historia, ocupan la primera fila. Son siempre más numerosos, en efecto, en la estructura de los Estados africanos, los grupos de base, en los que las mujeres constituyen la mayoría, decididos a hacer oír sus voces en una batalla que es vital tanto para los individuos como para el futuro de sus naciones.

Estos signos de vitalidad tienen que ser escuchados, comprendidos y estimulados, porque a su través pueden llegar nuevos caminos, tanto para combatir el Sida como para dar un nuevo sentido al desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

- *African on Line Service*. Highest Aids risk for young women, *September 21, 2000*.
- *Ahelberg*. Women, Sexuality and Changing Social Order: The Impact of Government policies on Reproduction. Behaviour in Kenya. *Gordon & Breach, New York 2000*.
- Is there a distinct African sexuality? A critical response to Caldwell. *Africa, 1994:64(2), pp. 220-242*
- *Ardner E.*, Belief and the problem of women, and The “problem” Revisited, *S. Ardner (ed.by)*. Perceiving Women, *Halsted Press, 1977, pp. 1-28*.
- *Beidelman T.O.* Colonial Evangelism; A Socio-Historical Study of an Easy African Mission at the Grassroots, *Indiana University Press, 1982*.
- *Caldwell J.C. and Caldwell P.* The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review 13, 1987, pp.409-437*.
- *Caldwell J.P, Caldwell P. and Quiggin P.* The social context of Aids in sub-Saharan Africa, *Population and Development Review 15(2), 1989, pp. 185-233*.

- Carovano K., More than mothers and whores: redefining the Aids prevention needs of women, *International Journal of Health Services*.1991: 21(1).pp. 131-142.
- Hiv and the Challenges Facing Men. *Hiv and Development Programme. UNDP.Issues paper, 1995.nº 15.*
- Doyal L., *The Political Economy of Health. Pluto Press. London 1989.*
- Farmer P., Connors M. & Simmons J., *Women, Poverty and Aids, Partner in Health, 1996.*
- Heald S. The power of sex: some reflections on the Caldwell “African sexuality” thesis. *Africa 1995:65(4), pp.489-505.*
- Kenyatta J., *Facing Mount Kenya. The Tribal Life of the Gikuyu. Secker & Warburg, London, 1938.*
- Kesby M., Participatory diagramming as a means to improve communication about sex in rural Zimbabwe: a pilot study, *Social Science & Medicine 50, 2000, pp. 1723-1741.*
- Le Blanc M-N. The African sexual system: Comment on Caldwell et al., *Population and Development Review, 1991:17(3), pp.497-505.*
- Mabilla M., Le donne nei processi di cambiamento. *Salute e Sviluppo, N.S. nº3: 2000, pp. 21-26.*
- Morris H.F. and J.S. Read, *Indirect rule and the search for justice: essays in East African legacy history, Oxford; Clarendon Press, 1972.*
- Panos Institute, *Triple Jeopardy. Women and Aids, London: Panos Institute, 1990.*
- Piccone Stella S. e Saraceno C. (a cura di), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile. Il Mulino, Bologna, 1996.*
- Richards A., *Chisungu. A girl's initiation ceremony among the Bemba of Zambia, Tavistock Publications, London, 1956.*
- Saunders J. and McClintock M. (ed. by), *Scared at school: sexual violence against girls in South African school, Academic Program of Human Rights Watch, Usa, 2001.*
- Scott J., *Gender and the Politics of History, Columbia University Press, New York. 1988.*
- Seeley J.A. et al., *Socio-economic status, gender and risk of Hiv-1 infection in rural community on south west Uganda, Medical Anthropology Quarterly 1994:8(1), pp. 78-89.*
- Seidel G., *The competing discourse of Hiv/Aids in sub-Saharan Africa: discourses of rights and empowerment vs discourse of control and exclusion. Social Science & Medecine.1993, vol.36(3),pp.175-194*
- *Unaids, Sex and youth: contextual factors affecting risk for Hiv/Aids. A comparative analysis of multi-site studies in developing countries, Geneva, 1999.*
- *Unaids, Report on the Global Hiv/Aids Epidemic-June 2000, Unaids Joint Programme on Hiv/Aids, (2000-a).*
- *Unaids, Aids epidemic update: December 2000. Unaids Joint Programme on Hiv/Aids, (2000-b).*
- *Unaids, Mobilizing Billion to Fight Aids in Africa: The Way Forward, Aprile 2001, Geneva.*
- *Unfpa, Vivere insieme in mondi separati. Uomini e donne in un periodo di cambiamenti. Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, 2000. Edizione italiana a cura di Aidos.*
- *Unicef, Il progresso delle nazioni 2000, Comitato italiano per l'Unicef, Roma, 2000.*
- Weiss E., Whelan D. and Rao Gupta G., *Vulnerability and opportunity: adolescents and Hiv/Aids in the developing world, International center for research on women, Washington D.C., 1996.*
- Worthman C.M. and Whiting J.W.M., *Social change in adolescent sexual behaviour, male selection, and premarital pregnancy rates in a Kikuyu community, Ethos, 1987:15(2), pp. 145-165.*
- Zwi A.B. and Cabral A.J.R., *Identifying “high risk situations” for preventing Aids, British Medical Journal, 1991:303, pp.1527-1529.*

NOTAS

1. *Es necesario agregar al comportamiento con riesgo las “situaciones de riesgo”, que aparecen en las situaciones de violencia, tales como la desestabilización política y la guerra (Zwi y Cabral, 1991)*
2. *Los datos, actualizados a diciembre de 2000, para las regiones del sur del Sahara, estiman en 3,8 millones el número de nuevos infectados, adultos y niños, alcanzando los 25,3 millones de personas las portadoras del virus al final de dicho año. Durante el mismo periodo, se calcula que el número de fallecidos por esta causa llegará a 2,4 millones (Unaids 200-b).*
3. *Un documento de Unaids calcula en 3 a 4 mil millones de dólares las necesidades anuales para la lucha contra el Sida, frente a un gasto real de 300 á 400 millones de dólares (Unaids 2001).*

4. La prostitución, favorecida por una relación desequilibrada entre hombres y mujeres, existente en las nuevas áreas urbanas, era apoyada, o por lo menos considerada necesaria contra posibles violencias hacia las mujeres blancas por parte de los trabajadores negros (Doyan, 1979)
5. Clásicos, según resulta de los trabajos Kenyatta, 1938 y Richards, 1956
6. Los trabajos de Caldwell y sus colaboradores han sido sometidos a críticas minuciosas (Le Blanc et al. 1991; Ahelberg, 1944; Health, 1995)
7. Ejemplo de las eglas impuestas a los nuevos iniciados de ambos sexos era la ombani na ngweko, una forma de actividad sexual para alcanzar el placer sin penetración (Kenyatta, 1938). Puede tomarse como ejemplo de “sexo seguro”, cuyo significado era bien comprendido y realizado por los jóvenes, en espera del pleno ejercicio de su actividad sexual (Ahlberg, 1991; Worthman y Whiting, 1987)
8. Una demostración fueron los pocos embarazos y partos pre-matrimoniales, en un ambiente donde no había disponibilidad de anticonceptivos. Datos éstos que el propio Caldwell no podía ignorar.
9. Entre los 24 millones y medio, aproximadamente, de adultos portadores de VIH/Sida, la mayoría (cerca de un 55%) son mujeres. (Programa para la vigilancia de VIH/Sida y ETS)
10. Es interesante el artículo de Kathryn Carovano (1991) sobre la desigualdad entre los géneros y el control de la sexualidad femenina. Véase además, sobre la problemática de género: Unaid (1991; Unfpa, Lo stato della popolazione nel mondo 2000; Unicef, Il progresso delle nazioni 2000 per i dati riguardanti la popolazione al di sotto dei 15 anni.
11. La salud reproductiva es otro dramático capítulo que aquí sólo puede recordarse considerando el número de mujeres embarazadas seropositivas, con el tremendo epílogo de recién nacidos con riesgo de seropositividad. La transmisión del virus de la madre al hijo la registran cada año más de 600.000 niños infectados. De los 3 millones de niños contaminados por el virus VIH, el 90% está en África (Unaid 2000).
12. Son interesantes los trabajos de Kathryn Carovano (1995) referidos a la posible contribución masculina en la batalla contra el Sida y sobre los riesgos y condicionamientos contra los que las mujeres deben luchar (1991)
13. Los beneficios de la adecuada instrucción en la escuela para las muchachas se revela de importancia para ellas mismas y para toda la comunidad, bajo múltiples aspectos: posibilidad de un trabajo mejor retribuido, matrimonio y maternidad no anticipados, reducida mortalidad infantil y maternal, mejor nutrición y salud de los niños y del conjunto del núcleo familiar, mayor posibilidad de evitar enfermedades, aumento de la autodeterminación de las mujeres respecto a elecciones que las afectan directamente y mayor participación y conocimiento de las dinámicas políticas.

5. Cuando están en juego los Derechos Humanos

Roberto Gnesotto
Observatorio epidemiológico
Región Veneto, Italy

La política y los programas sanitarios de prevención y control del SIDA, ¿pueden obstaculizar los derechos humanos? La filosofía de los derechos humanos, ¿puede servir como base para la formulación de políticas y la realización de programas sanitarios de prevención y control del SIDA? Las obligaciones que los gobiernos han asumido frente a los propios ciudadanos y la Comunidad internacional como consecuencia de la firma de los tratados sobre derechos humanos.

Abusos sistemáticos de los derechos humanos se perpetran habitualmente en los Países pobres y en el curso de emergencias, guerras y conflictos civiles, como en Angola, Bosnia y Rwanda. En estas circunstancias, condenas a muerte, arrestos ilegales y violaciones en masa con finalidades políticas, e incluso la utilización de personal sanitario para infringir torturas, son frecuentes. Aún, de forma menos evidente y brutal, la violación de los derechos humanos es frecuente incluso en ausencia de hostilidades abiertas y puede encontrarse hasta en naciones democráticas, ricas y occidentales. Por ejemplo, el Presidente Clinton ha pedido perdón, recientemente, a la comunidad afro-americana por determinados experimentos médicos relacionadas con la historia natural de la sífilis a los que fueron sometidos algunos miembros de dicha comunidad durante los años 30 a los 60. La experimentación sobre la sífilis en los Estados Unidos constituye una obvia violación del derecho a no ser sometidos a malos tratos, ya que los individuos estudiados no pudieron expresar un consenso libre e informado relativo a su participación y menos a la investigación y además no fueron tratados con antibióticos cuando estos fármacos estuvieron disponibles. Este hecho, por lo menos en estas dimensiones, sería de todas formas impensable en los Estados Unidos actualmente.

En épocas muy recientes, y en zonas próximas a nosotros, realidades atroces demuestran no sólo la brutalidad y la extensión de la violación de los derechos humanos, sino sus efectos negativos sobre el estado de salud. Los principios que sostienen la filosofía de los derechos humanos tienen por consiguiente una importancia fundamental para quienes trabajan en el medio sanitario, pese a que, con excepción de la tortura, el nexo entre derechos humanos y salud ha sido ignorado hasta tiempos muy recientes. “No ser sometido a tortura ni a tratamientos crueles ni degradantes” representa uno de los derechos humanos reconocidos desde el iluminismo, especialmente por mérito de César Beccaria. Mucho más recientemente, la Constitución de la O.M.S., aprobada en 1946, es decir, dos años antes que la Declaración Universal de los Derechos Humanos, afirmaba que “el disfrute del más elevado estado de salud posible es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción de raza, religión, credo político y condición económica y social” El mismo documento afirmaba que “la salud de todos es la premisa fundamental para la obtención de la paz y la seguridad...”

La circunstancia que, de forma inesperada, ha llevado a un enfrentamiento entre sanidad pública y derechos humanos ha sido la discriminación contra los enfermos de Sida, tanto en el ámbito del programa de control de la epidemia, como más en general, en la sociedad. Este debate ha sido inicialmente conflictivo, después sistemático, y ha terminado aproximando las respectivas posiciones, hasta el reconocimiento de una recíproca complementariedad.

En este artículo trataremos en primer lugar de aclarar algunas cuestiones generales relativas a la vinculación existente entre los derechos humanos y la salud, y las consecuencias para esta última que se derivan de las violaciones de los derechos, y profundizar después en el tema de los derechos humanos en relación con la epidemia de VIH/Sida. A este respecto discutiremos en qué forma la política y los programas sanitarios de prevención y control del Sida pueden obstaculizar los derechos humanos, y, a la inversa, cómo la filosofía de los derechos humanos puede servir de base para la formulación de la política y la realización de programas sanitarios de prevención y control del Sida. Finalizaremos señalando las obligaciones que los Gobiernos han asumido frente a los propios ciudadanos y a la comunidad internacional como consecuencia de la firma de los tratados sobre derechos humanos.

AFINIDAD Y DIFERENCIA ENTRE SANIDAD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS.

En la sanidad pública existe la conciencia de que los servicios sanitarios constituyen solamente uno de los factores determinantes del estado de salud y ni siquiera el más importante. La finalidad que se propone la sanidad pública es asegurar las condiciones en las cuales la totalidad de la población pueda gozar de buena salud. La filosofía y la práctica de los derechos humanos tienen como objetivo conseguir el respeto a la dignidad de cada individuo, independientemente de sus ideas y de su situación social y económica. Tanto la sanidad pública como la filosofía de los derechos humanos sitúan, por tanto, la promoción del bienestar de las personas en el centro de su visión y esto es lo que las aproxima estrechamente.

En cambio, la prospectiva filosófica, el lenguaje y los métodos de trabajo de los derechos humanos y de la sanidad pública son profundamente diferentes, y esta diversidad influye inevitablemente sus relaciones. Los derechos humanos encuentran sus raíces en el liberalismo igualitario y se sirven, sobre todo, de los instrumentos y de la terminología jurídica. La sanidad pública puede encontrar justificación ética en diferentes visiones del mundo, y está orientada por completo a conseguir resultados mensurables en términos de conseguir la mejora del estado de salud, utiliza los servicios educativos, informativos y sanitarios y adopta los métodos y el lenguaje de la epidemiología, de la economía, la sociología y la psicología.

A partir de estas consideraciones, puede intuirse la que las relaciones entre ambas perspectivas se ha caracterizada, generalmente, de contraposiciones. En efecto, la finalidad de la sanidad pública ha constituido muchas veces una justificación de la coerción, imponiendo prohibiciones u obligaciones de algunos servicios. Esto ha constituido a menudo una violación de los derechos humanos, como ocurrió durante la campaña de erradicación de la viruela, en los años 50 y 60. Los pueblos donde se encontraba un foco epidémico, eran cercados por el ejército local y sus habitantes obligados a vacunarse. La intervención militar se producía también durante otras epidemias, con la finalidad de impedir la libre circulación de las personas y consiguientemente la difusión del contagio. En algunos casos, tal limitación podría tener bases racionales de salvaguardia de la salud pública, pero en otros constituía un flagrante abuso contra los derechos humanos.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD

La violación de los derechos humanos no representa sólo algo condenable moralmente y contrario a la ley, sino que, como ya antes señalamos, comporta consecuencias negativas respecto al estado de salud. La relación entre ambos parámetros, violación del derecho y estado de salud, es fácilmente demostrable cuando se materializa en masacres y persecuciones físicas y psíquicas. Incluso la violación del derecho a acceder a los servicios sanitarios supone consecuencias graves y evidentes sobre la salud, especialmente en las situaciones de pobreza. Aquellos de entre nosotros que han trabajado en Mozambique, seguramente han oído testimonios directos de episodios muy graves pero corrientes durante el periodo colonial, cuando a las mujeres con partos difíciles se las dejaba morir a las puertas del hospital, por razones raciales.

Otras situaciones, caracterizadas por el desprecio de los derechos humanos, en sectores ajenos al sanitario, tienen de todas formas un impacto muy profundo sobre la salud, aunque resulten menos llamativos que los que acabamos de señalar. Por ejemplo, la violación del derecho a la educación de las niñas, tiene consecuencias dramáticas sobre su salud y la de sus hijos, como ha sido evidenciado repetidamente en numerosos países, mientras que la violación del derecho a la seguridad en el trabajo es una causa frecuente de lesiones laborales.

La falta de respeto a la dignidad humana constituye un obstáculo para la asistencia y para la mejoría del estado de salud. En lo que se refiere, por ejemplo, a la epidemia de VIH/SIDA, la obligatoriedad del screening del VIH, asociada a la violación de la privacidad y a la discriminación, favorece la difusión de la epidemia, puesto que lleva a los grupos de riesgo más elevado a evitar el contacto con los servicios sanitarios. Otro ejemplo relativo al Sida, que no representa sólo una situación hipotética, sino una realidad evidenciada por la investigación epidemiológica es el siguiente: la discriminación en el ámbito de los servicios sanitarios, lleva a una omisión terapéutica, un aumento de la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual y, por consiguiente, a una mayor transmisión del virus VIH, favorecida por la presencia de lesiones genitales.

Discriminar y estigmatizar a las personas afectadas por VIH/SIDA y a sus familias, no sólo representa un grave obstáculo al acceso de los servicios sanitarios y sociales y aumenta sus sufrimientos, sino que, en general, la discriminación aumenta la vulnerabilidad. La vulnerabilidad es la cara opuesta del empowerment y significa la imposibilidad de controlar su propio destino como consecuencia de una situación de indigencia, carencia de educación y ausencia de perspectivas de mejorar su propia suerte.

En otras palabras: la negación de los derechos humanos determina no solamente efectos deletéreos sobre el estado de salud, una vez que el virus ha producido la enfermedad, sino también y sobre todo genera las condiciones que hacen posible una difusión rápida y extendida de la epidemia. No es una casualidad que la situación más dramática de la epidemia ocurra actualmente en el África Austral, donde regímenes racistas han negado su dignidad a poblaciones enteras durante un siglo. En esta parte del continente el sistema político y económico del “apartheid” ha obligado a la población masculina negra a emigrar hacia las áreas de explotación mineral y a la periferia degradada de las ciudades para realizar trabajos peligrosos y humillantes, en condiciones de ignorancia y

explotación, dejando en sus casas a las mujeres, sin servicios sanitarios y con mínimas esperanzas de porvenir. Esta situación constituye el ejemplo de la relación entre una difusa violación de los derechos humanos y la evolución de la epidemia.

SANIDAD PÚBLICA COMO OBSTÁCULO A LOS DERECHOS HUMANOS

La política y los programas sanitarios pueden promover ó, al contrario, obstaculizar los derechos humanos. La sanidad pública comprende tres grandes funciones: en primer lugar, la recogida y análisis de informaciones que permitan identificar y medir los problemas sanitarios; en segundo lugar, la formulación de políticas capaces de responder con eficacia a los problemas considerados prioritarios; y, por último la realización de los programas de forma que se traduzcan en realidades las finalidades definidas por la política. En cada una de estas fases pueden producirse violaciones de los derechos humanos.

La recogida y análisis de información puede desembocar en discriminación de grupos basada en niveles sociales o de pertenencia a una determinada raza ó étnia. Por ejemplo, el registro de datos concernientes al estado de salud, como la positividad respecto al virus VIH, ó comportamientos como la drogodependencia, pueden por sí mismos violar el derecho a la privacidad y conducir a abusos tales como la limitación de la libertad de movimientos o el derecho a la instrucción ó al trabajo. Opuestamente, la carencia de datos sobre la prevalencia del VIH entre las clases sociales marginales puede producir una infravaloración e incluso un completo desconocimiento del problema en estos grupos.

También en la fase de formulación de políticas pueden producirse violaciones de los derechos humanos, ya que la definición de prioridades constituye a su vez, y en ocasiones antes que otro criterio, una actividad política que tiene poco que ver con las auténticas necesidades, valoradas según criterios científicos. Esto significa que la toma de decisiones, incluso en la sanidad pública, está fuertemente influenciado por el entorno del poder político, económico y social ejercido por diferentes grupos y por los intereses que les caracterizan, por lo cual las categorías más marginales y sus necesidades, reciben menos atención y menos recursos, menoscabando su derecho a la salud.

Por último, la realización de los programas, es decir, la modalidad bajo la cual han sido concebidos, y los servicios proporcionados, por ejemplo, en términos de costos, horarios y diferentes orígenes étnicos y sociales de los operadores y usuarios, pueden conducir a discriminaciones.

DERECHOS HUMANOS COMO GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS SANITARIAS.

La discriminación, inevitablemente afecta a grupos desprovistos de poder y recursos, por ejemplo, menores, etnias marginales, prostitutas y homosexuales. La dignidad y el respeto son elementos esenciales del bienestar de cada persona, en particular de quién está enfermo y aún más si la enfermedad es objeto de discriminación, como en el caso del Sida.

Las políticas y los programas de sanidad pública, deberían ser elaborados no solo en base a los habituales criterios de eficacia, eficiencia y equidad, sino también integrando explícitamente la perspectiva de los derechos humanos. Esto significa que las estrategias

sanitarias, una vez formuladas utilizando las finalidades clásicas de la sanidad pública, deben ser examinadas y eventualmente rediseñadas para asegurarse de que no sea violado ningún derecho sino que, al contrario, las medidas adoptadas contribuyen a promover el respeto a la dignidad de las personas a cuyo beneficio han sido elaboradas.

En el marco de la epidemia de VIH/SIDA, la adopción de políticas y estrategias de salud pública, respetuosas con los derechos humanos, contribuye a prevenir abusos físicos y emotivos y estimula la participación en la asistencia por parte de un número creciente de personas, sean familiares y amigos, u otros miembros de la comunidad. El respeto de la dignidad y los derechos de las personas portadoras del virus VIH o enfermas de Sida desarrollado, en especial por parte de los trabajadores sanitarios, es una condición previa para la prestación de servicios de calidad. La prestación de estos servicios sanitarios, de forma que respeten la dignidad de las personas que utilizan drogas inyectables ó que se prostituyen estimula la utilización de los mismos, lo que constituye una condición previa para el control de la epidemia. Inversamente, la carencia de respeto en el trato de los grupos marginales cuando se conoce su infección, les aleja de la práctica de tests y del tratamiento.

Más en general, el respeto del derecho a la información, educación, asociación, empleo y a la no discriminación debida a su situación de portadores del VIH son esenciales para la creación de un ambiente donde estas personas sean aceptadas por el sistema asistencial. La inclusión de la protección de los derechos humanos en la legislación y en la práctica local constituye un paso necesario hacia la adopción de políticas sanitarias capaces de otorgar la mejor asistencia a las personas afectadas por la epidemia.

OBLIGACIONES DE LOS GOBIERNOS RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS

La filosofía de los derechos humanos ha llegado a ser ley internacional a través de numerosos tratados basados en tres documentos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos Sociales y Económicos y la Convención sobre los Derechos Civiles y Políticos. En la base de estos Tratados existe un principio fundamental: la no-discriminación basada en determinadas condiciones, tales como la raza, la situación socio-económica, cultural, convicciones religiosas y “otras situaciones”. El ser portador del VIH no está específicamente contemplado entre las circunstancias que no deben producir la discriminación, pero ciertamente hay que considerarlo como una de las “otras situaciones”, así como también las tendencias sexuales.

Todos los gobiernos han ratificado por lo menos alguno de los tratados sobre los Derechos Humanos y de este hecho se deriva la responsabilidad de adoptar medidas que incluyan progresivamente los principios suscritos en la legislación y en las políticas nacionales y, al mismo tiempo, de responder de sus actuaciones frente a la comunidad internacional. Por cada derecho incluido en los tratados suscritos por una nación en particular, el gobierno asume tres obligaciones: respetar, es decir, no ser violadores ellos mismos, proteger, que significa prevenir que las violaciones sean realizadas por otras fuerzas, y realizar, o lo que es lo mismo asegurar que los derechos serán promovidos gradualmente, de acuerdo con la fase de desarrollo y de los recursos disponibles.

Por razones válidas, como las emergencias nacionales ó serias amenazas a la moralidad y a la salud pública, los tratados sobre Derechos Humanos prevén la posibilidad de

limitar algunos derechos, pero no otros, por ejemplo el derecho a la vida ó el de no ser sometido a tortura. Si se adopta una restricción de derechos, debe ser habitualmente lo más limitada posible. Por ejemplo, la política oficial de Cuba, como la de otros países colocados ideológicamente en el extremo opuesto, establecía la obligatoriedad de un test general para la identificación de los portadores del virus VIH, con la finalidad de identificar a los seropositivos, aislarlos y hospitalizarlos de forma obligatoria. Esto constituye una evidente violación del derecho a la elección de residencia y a no sufrir ataques a la reputación

Mientras que el screening masivo ha sido abolido, la política de Cuba respecto a la asistencia a los seropositivos y enfermos de Sida, prevé todavía su confinamiento en estructuras separadas del resto de la población, si bien en buenas condiciones de asistencia y con la posibilidad de reunirse con sus familiares a intervalos prefijados. Desde el punto de vista de los Derechos Humanos, esta decisión no se juzga aceptable, porque no es la menos restrictiva. El Gobierno de Cuba argumenta que, desde el punto de vista de la salud pública, esto es, respecto a limitar la difusión de la infección, esta política ha sido un éxito, ya que la difusión de la epidemia es mucho menos grave que en la mayor parte de los países del Caribe.

El hecho de que la epidemia en naciones como Haití y Jamaica sea mucho más severa con relación a Cuba, se debe esencialmente a las profundas desigualdades presentes en los dos primeros países, que es lo que produce una amplia vulnerabilidad de sus ciudadanos frente a la epidemia. Por otra parte, las autoridades de países como Haití, pero también de Tailandia y Brasil, dado el éxito de la industria del turismo, han ignorado a sabiendas la faceta del “turismo sexual” de ciudadanos de países ricos, que pone en contacto a individuos con pocos escrúpulos, pero con fuertes disponibilidades financieras, con grupos pobres y desesperados.

Cuba ha establecido las bases del control de la difusión de la epidemia mediante políticas que priorizan la equidad y, al mismo tiempo, ha adoptado una estrategia de control en línea con una ideología restrictiva y poco atenta a los derechos civiles. La política de Sanidad Pública de Cuba para controlar la difusión de la epidemia refleja la ideología y la elección de fondo adoptada para desarrollar las sociedades que han privilegiado decididamente los derechos sociales y económicos, imponiendo en cambio fuertes limitaciones a los derechos civiles y políticos.

CONCLUSIONES

La discriminación y la falta de respeto a los Derechos Humanos aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades, a la incapacidad y a la muerte prematura. El nexo entre sanidad y derechos humanos se ha hecho más profundo como consecuencia de la violación de los derechos observada desde la aparición de la epidemia de VIH/Sida. El origen de la epidemia de VIH y la inadecuada respuesta a este drama por parte de algunos gobiernos y sociedades reflejan con gran nitidez la discriminación consumada contra poblaciones enteras y la ausencia de respeto a la dignidad humana.

La base que comparten la sanidad pública y los derechos humanos es su común finalidad de mejorar la condición de las personas. Muchos estudiosos, operarios y activistas reconocen que los dos ámbitos de estudio y actividad pueden resultar beneficiados de la mutua colaboración, ya que la aplicación del punto de vista de los derechos humanos a la salud puede servir de modelo conceptual que ayude a

comprender la epidemia de VIH/Sida , esclareciendo así los factores que determinan la difusión entre poblaciones y grupos de diferentes países, y evidenciando problemas hasta hoy infravalorados. Tales análisis, a su vez, pueden contribuir a una mejor comprensión de la importancia de los derechos humanos.

Por último, los derechos humanos aplicados a la sanidad pueden utilizarse como instrumento para analizar las políticas gubernamentales para el control de la epidemia y guiar la nueva formulación y la realización de forma que sean respetuosas con los derechos humanos, ya que la consideración de la dignidad de las personas constituye no sólo un parámetro válido de por sí, sino también un punto de partida importante para mejorar el estado de salud.

La aceptación de que existe una estrecha relación entre la violación de los derechos humanos y las precarias condiciones de salud, en particular referida a la epidemia de VIH/SIDA, constituye una oportunidad, incluso para un Organismo de voluntariado que promueve la salud y la dignidad humana entre las comunidades con más marginados en algunos de los países más pobres del mundo. Por ello me parece deseable que CUAM, organismo con profunda tradición y gran credibilidad, profundice en esta temática, integrándola en sus propios programas.

6. Fármacos y multinacionales: ¿Quién ha vencido en Sudáfrica?

Angelo Stefanini
Departamento de Sanidad Pública.
Universidad de Bolonia, Italya.

- El caso de Sudáfrica, que ha visto a 39 gigantes multinacionales del medicamento retroceder en su pretensión de imponer las rígidas normas de la patente, contenidas en los acuerdos de la Organización Mundial de Comercio, con el costo de miles de vidas humanas, es paradigmático del poder global en el mundo actual. No hay duda de que el Gobierno de Sudáfrica ha vencido en la batalla por poner a disposición de los enfermos de Sida fármacos menos costosos y más asequibles. Pero ¿quién vencerá en la guerra? El Organismo internacional más adaptado para asumir en estos momentos el liderazgo incontrastable de la tutela de la salud del género humano, y sobre todo de los más débiles, no puede ser otro que la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, a la teoría no sigue una práctica consecuente

El “Fondo Global”.

La 54ª Asamblea Mundial de la Salud (*World Health Assembly. WHA*), la reunión anual más significativa de la OMS, en la cual los 191 Estados miembros discuten sobre los más revelantes problemas de salud del planeta, ha concluido con importantes deliberaciones. Por primera vez en la historia de la Organización, el Secretario General de las Naciones Unidas ha pronunciado un discurso ante la Asamblea. Kofi Annan ha delineado la posible estructura de un *Global Found –Fondo Global-* para combatir el Sida y “otras enfermedades infecciosas que amenazan el futuro de muchas naciones, especialmente la tuberculosis y el paludismo”. La resolución final de la Asamblea ha apelado al Director General de la OMS para que la Organización “tome parte activa, junto a los restantes actores internacionales, en la creación de un Fondo Global para la salud y contra el VIH/SIDA (*Global HIV/Sida and Health Fund*) y mantenga una estrecha colaboración con la comunidad internacional y los sectores privados con la finalidad de hacer accesibles los fármacos contra el Sida”.

La propuesta parece muy similar a la del *World Bank Aids Trust Fund*, creado el año 2000 a propuesta del Congreso americano, y que ha proporcionado una primera contribución, verdaderamente muy modesta, de 20 millones de dólares de los Estados Unidos, destinados a estimular, por ahora con relativo éxito, otras donaciones internacionales. Este fondo preveía un Consejo de Administración formado por los donantes y una pequeña representación de los países beneficiarios. Por “donantes” obviamente se entiende no solamente los Gobiernos, sino también los privados, y no sólo de las Fundaciones privadas, sino también de las multinacionales, comprendidas las farmacéuticas. En la propuesta norteamericana originaria, con la aportación de la módica suma de 5 millones de dólares, la industria del medicamento podría obtener un puesto en el “*equipo de gobierno*” del Trust Fund. No es por tanto difícil imaginar que cualquiera pueda proponer utilizar este modelo para el nuevo *Fondo Global*. Y con todo, completando la desfachatez, sea en el sentido de su oportunismo o de su cuantía, hay que señalar la reciente propuesta italiana de un *Trust Fund* que prevé la participación de las multinacionales con tan solo. 500 mil dólares cada una.

Frente a este cuadro ha surgido la propuesta de un *Fondo Global*, contra el Sida y las enfermedades tropicales. A finales de junio de 2000, las Naciones Unidas celebraron una reunión especial dedicada al problema del Sida, a la cual siguió de inmediato la reunión en Génova de los países más ricos del planeta los G8, los cuales consideraron la proposición del Fondo, limitándose, sin embargo, al compromiso de pagar una cuota bastante reducida respecto a la cantidad necesaria.

Las reacciones de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) internacionales presentes en la OMS han expresado su intensa preocupación respecto al papel que la OMS deberá y podrá representar en la gestión del Fondo y a las importantes decisiones que deberán tomarse en los próximos meses. La resolución final, en efecto, no ha admitido las peticiones hechas desde las posiciones más radicales, encabezadas por Brasil, que reclamaban intervenciones legislativas de protección para la elaboración local de fármacos genéricos mucho menos costosos que los producidos por las grandes multinacionales. La propuesta de Brasil preveía que la OMS asumiese un papel más activo en la promoción de un acceso equitativo a los fármacos anti-Sida y que instituyese un banco de datos con los precios de los medicamentos, de tal modo que permitiese a los diversos países escoger con mayor facilidad de qué laboratorio adquirir los medicamentos necesarios. Europa, Estados Unidos y algunos otros países se manifestaron en contra, sosteniendo que la OMS no tiene ni la autoridad ni los recursos necesarios para desempeñar dicho papel, y que el comercio y las patentes deberían ser competencia exclusiva de la Organización Mundial de Comercio (OMC). Como se recordará, los Estados Unidos han presentado ante la OMC una protesta formal contra la política farmacéutica de Brasil, culpándola de violar las reglas de la patente y de favorecer a los productores locales de fármacos. Por tal motivo, el Gobierno del Presidente G.W.Bush ha amenazado a Brasil con sanciones comerciales. Por su parte, Brasil sostiene que la propia estrategia para un acceso universal al tratamiento con fármacos anti-Sida, producidos localmente y por tanto a precio muy bajo, unida a un intenso programa de prevención y tratamiento, ha frenado drásticamente la difusión de la enfermedad. Concluido el caso Sudáfrica, ¿No se abrirá ahora otro sobre Brasil?

“La resolución no dice nada nuevo” ha afirmado Ellen Hoen, de Médicos sin Fronteras (MSF), que ha añadido: “Casi hemos dado un paso atrás. Lo que encuentro verdaderamente extraordinario es que haya tal número de estados y países que hayan expresado profundas preocupaciones por temas como la propiedad intelectual, patentes y precios de fármacos, pero que ninguna de estas cuestiones se hayan reflejado en la resolución”. Y es desde 1999, cuando MSF lleva adelante su campaña para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales. En el *briefing* presentado a la OMS se pedía a esta Organización un mayor empeño para dar a conocer la preocupación por los efectos que los acuerdos de la Organización Médica de Comercio, sobre todo el Trips, tienen sobre la salud pública. La Organización Mundial de la Salud no debe limitarse a la función de un mero “observador”, sino ser un activo y firme defensor del derecho a la salud, cada vez más amenazada por las políticas comerciales. La OMS debería incrementar su propia capacidad de sostener con firmeza los derechos de los Estados miembros para incluir en sus respectivas legislaciones medidas (tales como la licencia obligatoria, las importaciones paralelas, las facilidades para la introducción de los genéricos) para proteger el acceso a los medicamentos.

Un reciente encuentro en Noruega entre la OMC y la OMS ha debatido, sin alcanzar, por otra parte, grandes resultados concretos, la posibilidad de establecer un sistema de

precios diferenciales (por usar la terminología de los encargados de los trabajos, “*differential pricing*”, “*preferential pricing*” ó *tiered pricing*”), es decir, precios adaptados a la capacidad de compra de los distintos países o de los distintos enfermos¹. Todavía muchas cuestiones permanecen abiertas sobre este tema y sobre como tal sistema puede contribuir a hacer verdaderamente accesibles los medicamentos esenciales. Lo que resulta claro es que esto no será ciertamente suficiente para el objetivo propuesto, salvo que forme parte de un sistema bastante más amplio y abierto, que comprenda junto con la competencia de los medicamentos genéricos, un mecanismo de adquisición y distribución global, la posibilidad de la producción local a través de licencias voluntarias, transferencia de tecnología y apoyo real por parte de los donantes. Es necesaria, por tanto, una serie de estrategias combinadas, un conjunto de medidas que se sostengan y potencien recíprocamente, con la finalidad de conseguir precios más justos (“*equity pricing*”) para los medicamentos esenciales². El Fondo propuesto por Kofi Annan debería alcanzar los 7 a 10 mil millones de dólares anuales, pero, a juzgar por el postura demostrada por los Estados Unidos (que han prometido contribuir con solamente 200 millones de dólares), el camino a recorrer es todavía bastante largo. Pero es sobre todo respecto a la administración donde se concentran los temores principales.

Si, por una parte, los Países ricos han decidido contribuir con recursos de una cierta entidad para afrontar el problema del Sida en África y en los Países pobres, por otra las industrias farmacéuticas están haciendo lo imposible para conseguir un papel central en la decisión de cómo será empleado este dinero. Y, si no surge un movimiento de oposición suficientemente fuerte, lo conseguirán. Está claro en el momento actual que las multinacionales farmacéuticas han trabajado durante todos estos años para negar a los Países pobres un equitativo acceso a los medicamentos esenciales. La insistencia de la industria del medicamento de continuar en una forma incomprensible, para muchos por su propia miopía, el contencioso contra el Gobierno sudafricano, ha provocado un amplio consenso (desde el *New York Times* al Parlamento Europeo) contra el predominio del lucro sobre el derecho a la vida, que estas multimillonarias intentaban imponer. La condena internacional les ha obligado a desistir, pero sólo momentáneamente. La obsesión de las *Big Pharma* ha sido desde siempre impedir la introducción de la competencia de los medicamentos genéricos, que podría reducir hasta más de un 95% el precio de los fármacos, desplegando campañas de propaganda engañosa, amenaza de procesos judiciales, o de promesas de sanciones comerciales y nuevos acuerdos mercantiles para proteger sus propios intereses.

Según *Oxfam* y *Health Action International*³, los principios centrales que deberían inspirar la gestión del Fondo son:

1. Amplia representación de los consumidores y no de la industria. El Fondo debe ser gestionado con la máxima transparencia y no estar condicionado por intereses comerciales.
2. Los recursos utilizados para la adquisición de medicamentos deben ser maximizados mediante mecanismos competenciales que incluyan también los fármacos genéricos.
3. Los Países ricos deben contribuir al Fondo no con millones, sino con miles de millones de dólares, si realmente se pretende obtener un impacto significativo sobre el problema.
4. Los sistemas sanitarios de los Países pobres deben ser reforzados mediante programas que proporcionen un conjunto integral de servicios.

La Comisión Europea (CE) está entre quienes propugnan un nuevo modelo de gestión de la ayuda al desarrollo: la institución de este Fondo está revelando toda la urgencia y dramatismo. La propuesta de la CE consiste en que los Países pobres sean responsables (y tengan que rendir cuentas) de donde serán aplicadas tales ayudas. Como sugiere un editorial del *British Medical Journal*⁴, es necesario un debate abierto sobre cómo debe ser gestionado este Fondo, lo que podría representar una ocasión única para revisar desde sus raíces el género de relación que se ha instaurado en estos años entre “donantes” y “beneficiarios”. A pesar de que la magnitud del fondo pueda marcar una diferencia, será sólo a través de una gestión transparente como dicho fondo podrá asegurar un impacto real sobre la salud y la desigualdad.

Otras importantes decisiones adoptadas en la 54ª Reunión de la OMS se refieren, con ocasión del vigésimo aniversario del establecimiento del *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes* (Código internacional del Comercio de sustitutos de la leche materna), “la protección, promoción y apoyo de la lactancia exclusiva al pecho durante seis meses como recomendación de salud pública global” y el suministro de “alimentos seguros y complementos apropiados, conjuntamente con la lactancia natural, hasta los dos años y más allá”.

Los Estados miembros han llamado igualmente la atención sobre una mayor transparencia y vigilancia respecto a la influencia que las multinacionales del humo tienen sobre el control global del tabaco. “La industria del tabaco ha trabajado durante años con la intención de minar el papel de los Gobiernos y de la OMS en la adopción de políticas de Salud Pública para combatir la epidemia del humo”, se lee en la resolución adoptada sobre el tabaco. La misma afirma que la confianza del público aumentaría mediante una mayor transparencia respecto a la afinidad existente entre algunos delegados presentes en la OMS y determinadas reuniones de dicha Organización y la industria del tabaco.

Durante los años 2002-2003 el presupuesto global de la OMS permanecerá invariable con relación al bienio precedente: 842,6 millones de dólares, ¡menos de la cuarta parte del gasto sanitario de la región Emilia Romagna!

NOTAS

1. <http://www.globalheath.org/assets/html/Oslo.php3> visitado el 30-3-2001.
2. <http://www.msg.org>.
3. <http://www.haiweb.org/pubs/pressreleases/WHA54prt.html> visitado el 28-5-2001.
4. Richard T., *New global health fund*, *B MJ*, 2001, 322:1321-1322.

7. Modelo de asistencia en la epidemia VIH/SIDA

Roberto Gnesotto
Osservatorio epidemiologico
Region Veneto, Italy

La complejidad de la epidemia de VIH/SIDA puede ser comprendida y gestionada adoptando una perspectiva multidisciplinar, no limitada a los aspectos clínicos. La necesidad de proporcionar asistencia médica y social respetuosa con su dignidad a decenas de millones de individuos es intransferible ya que en su gran mayoría viven en la indigencia en medio de economías pobres y de sistemas sanitarios frágiles.

El modelo que se presenta a continuación se propone proporcionar un instrumento para analizar, en su conjunto, la situación referida a la asistencia a las personas y a las comunidades afectadas por la epidemia de VIH/Sida, y para mantener decisiones estratégicas en un contexto específico. La conclusión que debería derivarse de este modelo es un plan concreto y científicamente coherente, técnicamente apropiado, económicamente eficiente y sostenible, moralmente defendible y políticamente realizable.

INTRODUCCION

El modelo presentado en este artículo se ha desarrollado de acuerdo con el esquema de la *Enhancing Care Initiative* realizada por la Escuela de Sanidad Pública de la Universidad de Harvard, en Boston**. Esta iniciativa tiene como finalidad conducir una investigación aplicada en el campo de la asistencia a las personas afectadas por el VIH/Sida en Brasil, Senegal, Sudáfrica y Tailandia. Los autores de este modelo son, además del autor de este artículo, el Dr. Daniel Tarantola, actualmente *señor advisor* del Director General de la OMS, el Prof. Michael Reich, Director del Departamento de Sanidad Internacional de la Escuela de Sanidad Pública de Harvard, el Dr. Ric Marlink, Director del Instituto del Sida, y la Dr^a. Sofía Gruskin, del Centro para la Salud y los Derechos Humanos de la misma Universidad. La versión que se presenta constituye un resumen del original. Este modelo ha sido aplicado en el análisis de la situación en Kwa-Zulu Natal, Senegal y Tailandia además de Massachussets en los Estados Unidos.

Más en detalle, la finalidad del modelo es la siguiente:

- definir los elementos clave de la asistencia y la relación entre los mismos;
- facilitar el análisis de la asistencia a una población específica;
- asistir a investigadores, clínicos y políticos en la identificación de importantes carencias en el conocimiento, la política y los programas;
- apoyar a los que toman las decisiones respecto a la formulación, implementación, valoración y revisión de políticas, programas y procedimientos

El modelo comprende tres elementos: análisis, planificación y valoración. El análisis considera la situación actual de la asistencia desde las siguientes perspectivas:

- áreas individuales de asistencia, examinando el recorrido ideal de una persona VIH+ que toma contacto con los servicios sanitarios, sociales y comunitarios. Las áreas de asistencia consideradas son en total nueve, desde el test diagnóstico al tratamiento, y hasta los cuidados paliativos;

- disciplinas tales como la epidemiología y la economía, y enfoques, como los derechos humanos y los de género, necesarios para la valoración de la asistencia.

El análisis concluye con una plantilla que considera conjuntamente estas perspectivas. analizando la asistencia individual a través de la epidemiología, la economía y los derechos humanos.

El modelo es útil únicamente si lleva a mejorar la asistencia a las personas afectadas por la epidemia, y siempre que siga al análisis una fase de planificación que permita concebir y elegir la finalidad y los instrumentos capaces de potenciar la asistencia. Esta fase estudia las nueve áreas de asistencia a través de ópticas diversas: racionalidad y factibilidad técnica, accesibilidad, eficiencia y sostenibilidad, deseabilidad ética y aceptación política.

9 de cada 10 personas infectadas no sabían que lo estaban: en términos absolutos, esto significa que unos 32 millones de personas no están enteradas de que están infectadas

Concluye el modelo con la valoración que permite al político y al investigador establecer que:

- la política asistencial de las personas afectadas por la epidemia ha conseguido mejoras en términos de tecnología, sostenibilidad económica y financiera y desde el punto de vista ético;
- los más amplios límites en los conocimientos han obtenido una respuesta;
- la asistencia ha mejorado, sea en términos profesionales, esto es, los servicios han sido ampliados, integrados y más de acuerdo con las necesidades según la percepción de los beneficiarios de los servicios, es decir, están más de acuerdo con las expectativas de las personas, familias y comunidades afectadas por la epidemia.

En las páginas siguientes se presentan brevemente el primero y el segundo elementos del modelo: es decir, el análisis y la planificación, fijando la atención en el primero de éstos.

ANÁLISIS

Utilizando las técnicas de la medicina clínica, sanidad pública y asistencia psicológica y social, el análisis considera en principio las siguientes nueve áreas de asistencia individual:

- test voluntario de VIH y *Orientación*;
- servicios clínicos primarios, incluida la prevención del VIH/Sida;
- servicios de laboratorio y diagnóstico;
- gestión clínica del VIH/Sida, incluyendo la profilaxis de las infecciones oportunistas;
- nuevas terapias, comprendiendo los anti-retrovirales;
- asistencia comunitaria, que incluye las terapias tradicionales;
- servicios sociales;
- servicios de educación e información relativos a la asistencia;
- cuidados paliativos.

Esta subdivisión no implica que cada elemento deba ser considerado separadamente sino que, por el contrario, cada elemento ha de ser estudiado en profundidad según su importancia y sus relaciones con los demás, teniendo en cuenta la finalidad de

proporcionar servicios que aseguren la continuidad de la asistencia en las distintas fases de las condiciones clínicas y sociales. La parte que sigue define cada área de asistencia, describe sus características esenciales y explica las razones de su inclusión en el modelo.

La gran mayoría de las personas infectadas por el virus VIH en los Países en vías de desarrollo, no conoce su propia situación. Onusida estima, restrictivamente, que 9 de cada 10 personas infectadas no sabían que lo estaban: en términos absolutos, esto significa que unos 32 millones de personas no están enteradas de que están infectadas. Muchos descubren el contagio únicamente cuando se les diagnostica un Sida declarado y otros muchos, especialmente en las zonas rurales, no son jamás diagnosticados. El acceso al test diagnóstico es muy restringido en el África Subsahariana; en un estudio realizado en un hospital rural de Sudáfrica, solamente el 2% de las personas infectadas por el VIH conocía su propia situación.

Realizar el test constituye el primer paso para acceder al servicio de asistencia para las personas VIH+ , incluso en países donde no se importan anti-retrovirales, porque permite seguir una dieta adecuada y realizar la profilaxis de las infecciones oportunistas. El test es necesario que sea voluntario y confidencial, para evitar el deterioro de la confianza y la dificultad de la colaboración entre la comunidad y los servicios sanitarios.

El test debe ir acompañado de la asesoría al paciente y a su familia. Resulta esencial porque ayuda a disminuir la angustia ocasionada por el conocimiento del diagnóstico positivo y de la evolución de la enfermedad, y permite proporcionar información concerniente a la prevención de la transmisión, al seguimiento de las manifestaciones de la enfermedad y al acceso a los servicios adecuados. Investigaciones realizadas en Países en vías de desarrollo demuestran que el test voluntario, asociado a la asesoría pueden llevar a un incremento del uso del preservativo en relaciones sexuales esporádicas.

Un conocimiento fundamental respecto al VIH y al de las vías de transmisión, una conducta adecuada para prevenir la infección, y la consecución de preservativos a bajo costo y, donde es posible, alternativas a la lactancia materna, representan elementos básicos para prevenir la ulterior difusión del virus por parte de los individuos conscientes de su propia situación. La coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual aumenta considerablemente el riesgo de transmisión del VIH, por lo que el diagnóstico precoz y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual constituye un componente esencial en los servicios de prevención y tratamiento.

La disponibilidad de laboratorios accesibles y fiables constituye una pre-condición para una asistencia clínica de calidad a las personas VIH+. Dichos servicios incluyen serología y test VIH, diagnóstico de infecciones oportunistas, bioquímica, hematología, inmunología, análisis de la carga viral, además de la revisión de la sangre para transfusiones.

Profilaxis, diagnóstico y tratamiento cuidadosos y oportunos, pueden no sólo prolongar la esperanza de vida , mejorar la calidad de vida y reducir la frecuencia y la duración de la hospitalización, sino, además, favorecer la prevención constituyendo, para las personas VIH+, un importante incentivo para someterse al test diagnóstico y para

revelar su propia situación. La limitada disposición de medios clínicos y de fármacos representan un grave obstáculo para el seguimiento de la infección por VIH. El ingreso hospitalario es la más costosa forma de asistencia y, frecuentemente, la menos apropiada.

Los medicamentos anti-retrovirales han cambiado radicalmente el pronóstico de la mayor parte de los pacientes que tienen acceso a estos fármacos, cuya toxicidad puede ser elevada y tiene que ser, en consecuencia, valorada. El seguimiento de los protocolos terapéuticos es crucial, sea para prevenir la aparición de resistencias virales, por lo que resulta muy importante la formación del personal clínico, lo que es un presupuesto para el manejo de estos fármacos. Una muy importante barrera para el uso de los mismos la constituye su alto costo, todavía prohibitivo para la mayor parte de los enfermos y de las comunidades en los países en vía de desarrollo.

La epidemia de VIH/Sida constituye un intenso desgaste para las sociedades y los servicios sanitarios. Al mismo tiempo, muchas de estas comunidades disponen de recursos indispensables para hacer frente a la epidemia, especialmente mediante organizaciones de voluntariado que ofrecen servicios en los domicilios o en las proximidades de las viviendas. Estas organizaciones son diferentes según la comunidad asistida, los medios de financiación y los servicios ofertados. Si la asistencia domiciliaria no se integra en un conjunto de servicios, puede transferir la carga asistencial de los pacientes a su entorno familiar, especialmente a las mujeres y a las hijas, las cuales se ven obligadas a abandonar sus estudios, a los cuales, por otra parte, tienen menores oportunidades de acceder en comparación con los muchachos de las mismas edades.

El sufrimiento causado por la epidemia, particularmente sobre el estado nutricional y socioeconómico del paciente y de su familia, puede reducirse mediante servicios sociales que proporcionan alimentos, ropa, alojamiento, oportunidades de trabajo e instrucción, asistencia a los huérfanos y acceso a los medios de transporte.

La educación y la información referentes a la asistencia y a los medios de difusión de la enfermedad son factores importantes para conseguir una mejoría en los tratamientos.. La adecuada elección del grupo objetivo, del contenido del mensaje y de la vía de comunicación, junto a la sensibilización por el tema género, miden la eficacia de la comunicación.

El Sida provoca frecuentemente la muerte de los pacientes en los países en vías de desarrollo. El fallecimiento ocurre a menudo en casa, cuando los recursos han disminuido por una reducción de ingresos y un aumento de gastos por la asistencia. Los ancianos y también los adolescentes de la familia, pueden encontrarse en la necesidad de asistir a sus parientes en las últimas semanas de vida y de organizar los funerales. En esta situación muy difícil, los familiares pueden carecer de la energía necesaria para atender a la asistencia y de los recursos precisos para realizar las ceremonias esenciales de acuerdo con su cultura. Una ayuda al mismo tiempo compasiva y tangible, sea material ó psicológica, es un elemento importante en el seguimiento asistencial, capaz de reducir los sufrimientos del enfermo al final de su existencia y también los de sus familiares. El respeto a la dignidad de estos pacientes debe constituir un principio y una práctica central en la sistemática de asistencia.

Concluido el análisis de las nuevas áreas, el modelo prevé el estudio de la asistencia bajo el punto de vista epidemiológico, económico y de los derechos humanos. La epidemiología muestra donde, cuándo y por qué un individuo ó una población es infectada, desarrolla el Sida y eventualmente muere. La epidemiología a su vez predice el desarrollo de la epidemia y permite la planificación de los servicios en base a las necesidades futuras.

El Sida es una enfermedad que impone costos prohibitivos a los individuos y a las colectividades por las dos razones siguientes: las técnicas para el diagnóstico y el tratamiento de los casos son dispendiosas y la mayoría de las personas afectadas pertenecen al grupo de edad más productivo desde el punto de vista económico, causando una importante pérdida de ingresos. Por ello la economía constituye un enfoque indispensable para el análisis de la asistencia. Esta disciplina cuantifica el costo de la epidemia a cuatro niveles:

1. asistencia clínica individual;
2. costos no individuales, tales como la detección del virus en la sangre para transfusiones, información, educación e investigación;
3. costos que derivan de la pérdida de productividad e ingresos para cada individuo infectado, su núcleo familiar, sectores estratégicos de la economía -como la industria extractiva en Zambia- y la totalidad de la nación;
4. costos psicológicos, tales como el sufrimiento y los dolores causados por la epidemia.

El primero y el segundo nivel representan los costos directos de la epidemia, es decir, la desviación directa de recursos escasos que podrían emplearse en otros fines. En África, se calcula que los costos directos oscilan entre 1,1 al 2,8 veces el producto interior bruto *per capita*. Las categorías tercera y cuarta comprenden los costos indirectos, y en particular la pérdida de productividad e ingresos, que es cuantificada en términos de costos de oportunidad derivados de la incapacidad laboral para producir bienes y servicios. Los costos psicológicos raramente son estimados. La perspectiva económica ayuda al político en la asignación de recursos limitados, utilizando criterios costo-eficacia.

Por último, bajo el punto de vista de los derechos humanos, se pone de manifiesto en qué forma la dignidad y los derechos de los individuos afectados por la epidemia son protegidos, también pero no sólo, en el cuadro de los servicios sanitarios (para profundizar en este último aspecto ver el artículo precedente: “Cuando están en juego los derechos humanos”).

LA MATRIZ

Tras haber realizado un análisis separado de cada área de asistencia, a nivel sea individual sea de la sociedad, estas dimensiones son consideradas conjuntamente en una matriz, compuesta por las nueve áreas clocadas verticalmente y tres enfoques ordenados horizontalmente (**Matriz para el análisis**). Esta intersección permite el estudio de la asistencia individual a través de los aspectos epidemiológicos, económicos y de los derechos humanos, creando 27 posibles temas objeto de análisis. La epidemiología aplicada a la asistencia hace posible investigar, por ejemplo, qué individuos ó grupos tienen acceso al test y la asesoría; la economía proporciona información respecto al gasto en diferentes áreas, y los derechos humanos permiten determinar el grado de respeto, protección y realización de los derechos reconocidos formalmente por los tratados en vigor.

Por ejemplo, dirigiendo la atención sobre test y orientación, algunas de las preguntas que se derivan del cuadro, en la parte alta y a la izquierda de la matriz incluyen las siguientes:

- ¿cuántas y qué estructuras, públicas y privadas, ofrecen test y orientación?
- ¿qué proporción de la población de riesgo tiene acceso al test?
- ¿qué proporción de los individuos sometidos al test recibe pre y post-test orientación?
- ¿qué proporción de los individuos pertenecientes a distintos grupos de población conoce su propia situación infectiva?

Continuando el ejemplo referido al test desde el punto de vista económico, se producen preguntas como:

- ¿qué costo tienen las técnicas actualmente utilizadas para el test?
- ¿cuál es el costo del servicio de orientación?
- ¿qué costo y qué eficacia tiene el programa de formación para la aplicación del test y la *orientación*?

Por último, aplicando la perspectiva de los derechos humanos al test, se pueden establecer preguntas como las siguientes:

- la política y la práctica del test y la orientación, ¿violan el derecho de estar libre de cualquier forma de discriminación, incluyendo la libertad de interferencias arbitrarias con la privacidad, la vivienda y la correspondencia?
- Las políticas, los programas y las prácticas referentes al consentimiento informado y a la confidencialidad del test de VIH, ¿prestan atención a la cuestión de género?
- Las personas que utilizan ó no utilizan el test ¿consideran este servicio como arriesgado para la confidencialidad?
- Los grupos vulnerables ¿evitan el test por motivo de su convicción de ser discriminados a causa de su situación conocida por los trabajadores sanitarios?

PLANIFICACIÓN

El valor del modelo radica en su contribución potencial para mejorar la asistencia a las personas afectadas por el VIH ó con Sida declarado, por lo que, una vez que el análisis ha confirmado claramente la situación, la atención debe ser dirigida al posible objetivo y a los medios de potenciar el tratamiento. En esta fase aparecen diferentes posibles combinaciones de estrategias encaminadas a mejorar los servicios y poder después valorar la factibilidad y el grado de respuesta a la finalidad propuesta.

La planificación utiliza una matriz similar a la precedente, manteniendo las mismas nueve áreas de asistencia, junto con la epidemiología, la economía y los derechos humanos, pero incorporando los aspectos técnicos y políticos. Esto significa que las estrategias propuestas siguen fundándose en su congruencia y factibilidad técnica, accesibilidad, eficiencia económica y factibilidad, desiderabilidad ética y aceptabilidad política (**Matriz para la planificación**)

Congruencia técnica significa que existe una evidencia científica suficientemente sólida que sostiene las intervenciones clínicas, de sanidad pública y psico-social. En la práctica, una estrategia técnicamente adecuada conduce a una mejora de la calidad de vida y a una prolongación de la esperanza de vida entre las personas infectadas y enfermas. Por ejemplo, se refiere a un conjunto racional de personal, equipamiento,

logística y mantenimiento necesario para hacer operativa la utilización de los protocolos a distintos niveles de asistencia. Un ejemplo todavía más detallado se refiere a la elección del “kit” para el test VIH, que debe tener en cuenta su fiabilidad en un contexto epidemiológico, logístico y climatológico muy diferente al occidental, así como su facilidad de empleo por parte de un personal con niveles frecuentemente limitados de especialización.

La accesibilidad se refiere a la proporción de personas capaces de utilizar un servicio, en relación con las que podrían beneficiarse del mismo. Por ejemplo, el porcentaje de enfermos con Sida declarado que reciben quimioprofilaxis. en comparación con los que integran un protocolo.

La eficiencia económica considera tanto la eficiencia clínica, como distributiva. La primera se consigue cuando se alcanza un objetivo con el mínimo empleo de recursos, mientras la segunda se consigue al obtener el mejor equilibrio posible en la distribución de recursos disponibles entre las finalidades en competencia. La sostenibilidad económica significa que los recursos disponibles actualmente, y dentro de las previsiones, en el futuro, consentirán la realización de una cierta estrategia durante un espacio de tiempo prolongado sin originar desequilibrios problemáticos en un sistema de prestación de servicios.

La planificación por objetivos se realizará comparando las previsiones sobre la evolución de los casos de VIH/Sida con los costos y beneficios de la ampliación y mejoras propuestas para los servicios, por ejemplo la extensión de la asistencia comunitaria y la adopción de nuevos métodos clínicos en los distintos niveles de asistencia. Además, el análisis económico puede encaminarse a través del estudio sobre el gasto necesario para proseguir investigaciones que tengan en cuenta del valor actual de costos y beneficios y, posiblemente, de la valoración gasto-eficacia para cada escenario.

Lo éticamente deseable se funda en el análisis de las estrategias propuestas desde el punto de vista de sus efectos sobre la protección de la dignidad y de los derechos humanos. Por último, los posibles escenarios son analizados desde una perspectiva política, es decir, de las estructuras y procesos de poder que permiten o impiden la adopción de una específica opción estratégica. Existen enfoques que permiten un análisis sistemático de este aspecto que la sanidad pública generalmente ignora, limitándose a invocar la exigencia de adoptar una cierta solución basada únicamente en criterios de eficacia y equidad.

Conjuntamente se toman en consideración 45 temas potenciales para decisiones estratégicas. Varias combinaciones conducen a escenarios diversos. Los políticos tienen la responsabilidad y la autoridad de escoger el escenario más adecuado para responder a las situaciones que aparecen en la actualidad y en el futuro.

CONCLUSIONES

En síntesis, el modelo ayuda a los políticos a alcanzar los siguientes objetivos:

- Analizar la situación actual;
- Prever la tendencia de la epidemia;
- Concebir opciones amplias para mejorar la asistencia;

- Finalmente, escoger entre las posibles estrategias aquellas que satisfagan mejor los criterios técnicos, de accesibilidad, economía, éticos y políticos.

NOTAS

**DRAFT – The Enhancing Care Framework.

* * *

Matriz para el análisis de la asistencia a individuos y comunidades afectadas de VIH/SIDA

	Análisis Epidemiológico	Análisis económico	Análisis de los derechos humanos
Test voluntario y orientación			
Servicios clínicos primarios			
Servicios de laboratorio y diagnósticos			
Seguimiento clínico VIH/SIDA			
Nuevas terapias			
Asistencia comunitaria			
Servicios sociales			
Servicios de educación e información relativos a la asistencia			
Cuidados paliativos			

Matriz para la planificación de la asistencia a individuos y comunidades afectadas de VIH/SIDA.

	Adecuación técnica	Accesibilidad	Eficiencia económica y sostenibilidad	Factibilidad política	Desiderabilidad ética
Test voluntario y orientación					
Servicios clínicos primarios					
Servicio de laboratorio y diagnosis					
Seguimiento clínico VIH/Sida					
Nuevas terapias					
Asistencia comunitaria					
Servicios sociales					
Servicios de educación e información relacionados con la asistencia					
Cuidados paliativos					

8. LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA Y LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA.

Vinicio Manfrin
Especialista en enfermedades infecciosas
Hospital de Vicenza, Italia

- **La lucha contra el VIH/SIDA en África –en las condiciones actuales- se asemeja a una batalla perdida antes de empezar. Los sistemas sanitarios del África Subsahariana no son capaces de garantizar el tratamiento anti-retroviral, ni siquiera los indispensables servicios sanitarios de sostén (test y orientación, prevención y cura de las enfermedades de transmisión sexual, servicios diagnósticos y de laboratorio, seguimiento de los pacientes...). El desafío que plantea la epidemia de VIH/SIDA es el refuerzo completo de los sistemas sanitarios africanos ¿Su costo? No menos de 7.500 millones de dólares americanos al año ¿Es demasiado? No, si se considera que esto representa solamente el 0,04% del PIB de los países más ricos.**

Al final de los años 80, el Director médico de un hospital urbano de Uganda, contactado para estudiar la posibilidad de un periodo de prácticas *in situ* para los médicos de CUAMM, afirmó, más bien lacónicamente, que serían formados únicamente en la patología del SIDA, ya que el hospital, en aquel tiempo, recibía casi exclusivamente pacientes de esta enfermedad. Los servicios sanitarios africanos, ya escasos e insuficientes, estaban desbordados por la onda epidémica del SIDA, la cual, por otra parte, era ya considerada responsable de un ulterior deterioro de los ya de por sí escasos recursos, sea por la sobrecarga de trabajo, sea por la defunción de numerosos trabajadores sanitarios, en todos los niveles del sistema.

En los países desarrollados, una mejor comprensión de la enfermedad, de sus manifestaciones clínicas, de la patología relacionada con la infección VIH, junto con la disponibilidad de numerosos fármacos con actividad anti-retroviral, ha conseguido modificar notablemente la historia natural de la enfermedad en las personas infectadas. De estos beneficios tangibles, la mayor parte de la población mundial afectada por el VIH no ha obtenido ninguna ventaja, sea por los altos costos farmacéuticos, sea por los problemas estructurales de los sistemas sanitarios de los países en los que viven. Se calcula que las necesidades presupuestarias anuales precisas para afrontar la epidemia de SIDA (actividades de prevención para 500 millones de personas y de tratamiento para 5 millones), es de unos 7.500 millones de dólares estadounidenses¹, cifra considerable que sobrepasa los recursos disponibles en los Países en Vías de Desarrollo, pero que podría ser fácilmente cubierta por los países donantes, ya que representa menos del 0,04% del PIB de estos países (datos UNAIDS- www.unaids.org).

Más allá de los aspectos financieros, quedan de todas formas muchos problemas que resolver: si de improviso, casi milagrosamente, la cifra necesaria se hiciese disponible, uno se pregunta si los países beneficiarios tendrían capacidad para absorber este flujo de recursos, y si la infraestructura existente está en disposición de gestionar las nuevas tecnologías y los instrumentos puestos a su disposición.

El dramatismo de la evolución de la epidemia y sus efectos devastadores sobre las poblaciones, sobre los aspectos socioeconómicos y sus posibles repercusiones sobre la

estabilidad socio-política mundial, imponen de todas formas una acción inmediata y eficaz. No es posible esconderse bajo conceptos como la “tecnología apropiada” para no hacer nada. Hay que pasar inmediatamente a la acción, partiendo de un análisis correcto de la situación existente y proponiendo los cambios adecuados.

La presente exposición quiere (utilizando el modelo que se presenta en el precedente artículo de Roberto Gnesotto) valorar el comportamiento de los sistemas sanitarios en los países del África Subsahariana, los problemas que sufren, y las necesidades que deben afrontarse para combatir la epidemia de VIH/SIDA.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Siguiendo el modelo propuesto son tomados en consideración los siguientes factores:

- Test VIH y Orientación.
- Servicios sanitarios de base, incluyendo los destinados al tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- Servicios diagnósticos y de laboratorio.
- Gestión clínica de la patología VIH/SIDA, incluyendo la profilaxis.
- Nuevos tratamientos, incluyendo los anti-retrovirales.

Se trasladan aquí, por lo tanto, algunos de los aspectos considerados en el documento de Boston, relacionados con la asistencia comunitaria (cuidados de salud comunitaria tanto en lo referido a la asistencia domiciliaria como a las prácticas tradicionales), los servicios sociales, y al aspecto educativo e informativo, no porque sean menos importantes, sino por ser menos pertinentes al hablar de las actividades prestadas por los servicios sanitarios.

1) Test VIH y Orientación

Más del 90% de las personas infectadas por el VIH a nivel mundial no conocen su estado. Esto significa que 27 millones de personas no tienen conciencia de su propia enfermedad y de su propio destino. Aparte de los problemas puramente técnicos (una cuestión también importante, dadas las condiciones que soportan la mayor parte de los laboratorios), debemos considerar algunas otras cuestiones. Está fuera de discusión la importancia que reviste disponer de un test. La posibilidad de adoptar comportamientos tendentes a limitar la difusión de la enfermedad, de tener una oportunidad de tratamiento (incluyendo aquí también la prevención farmacológica de las infecciones oportunistas) y de llevar una “vida más sana” son algunas de sus posibles ventajas. Para conseguir este objetivo, naturalmente, la utilización del test debe siempre acompañarse de la orientación, proporcionada por personas adecuadamente formadas para este fin.

Algunas problemáticas deben tomarse en consideración en este sentido. La primera y esencial es asegurar a todos los pacientes la confidencialidad de los resultados. La experiencia recogida en el curso de investigaciones realizadas en países africanos sobre la prevención materno-fetal^{2,3} (donde estaba previsto un importante componente de orientación) nos dice que más de un tercio de los pacientes no ha dado su consentimiento, y cerca de un 38% no ha acudido a recoger el resultado del test. Se abren así perspectivas inquietantes. Aunque deban hacerse nuevos esfuerzos para dar una explicación razonable a esta realidad, parece lógico pensar que esté relacionada con el temor a la discriminación. El riesgo que se asume es naturalmente que, a pesar de un considerable esfuerzo de organización y económico, las ventajas sean limitadas.

La aceptabilidad del test por parte de los posibles beneficiarios está también relacionada con un ulterior e importantísimo factor: la disponibilidad de un tratamiento eficaz. La aceptación del test en ausencia de perspectivas terapéuticas y de personal suficientemente preparado para enseñar a los pacientes qué deben hacer y qué indicaciones deben seguir es, indudablemente, bajísima.

Los costos de una estrategia de investigación masiva no parecen inasumibles, aunque no puedan ser cubiertos por los presupuestos de los países Subsaharianos. En un documento de la Universidad de Harvard⁴, se estima un costo de 10 a 20 \$ USA, comprendiendo el asesoramiento. Esta cifra sin duda no tiene en cuenta el problema de infraestructuras de los laboratorios de estos países. Faltan, por último, definir algunas importantes y cruciales decisiones estratégicas, posibles objetivos de investigaciones operativas: dónde situar los centros de revisión (¿hospitales? ¿centros de salud?), la relación entre centro de revisión y población atendida, el tipo de test a utilizar y, por último, los criterios para confirmar los resultados del test.

2) Servicios sanitarios de base, incluidos los destinados al tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Algunas de las mayores preocupaciones se refieren a este problema: los aspectos estructurales (tipo de unidad, distribución en el territorio, estado de mantenimiento), la disponibilidad de equipamiento, dirección, fármacos y asuntos de personal (número, cualificación, formación, supervisión), son cruciales y tienen que ser estudiados minuciosamente y corregidos. Hay que hacer notar, además, que la epidemia de SIDA no solamente ha sobrecargado con nuevo trabajo las estructuras ya agobiadas, sino que también ha diezmando el personal ya de por sí insuficiente. En la planificación de necesidades formativas, en algunos países se prevé la pérdida, en los próximos años, de un número considerable de personal sanitario formado por causa de la epidemia de SIDA.

En este aspecto, debe añadirse algo sobre aspectos de la protección del personal sanitario y de los usuarios, y esto se refiere a la llamada “protección universal” y a la profilaxis de los accidentes profesionales en la post-exposición a la infección. El análisis de estos problemas va más allá de los fines del presente artículo, pero aunque desde el punto de vista epidemiológico no tenga importancia sobre la marcha de la epidemia, es procedente dedicar un discreto esfuerzo (organizativo y económico) para prevenir la transmisión accidental durante la práctica médica.

Parte integrante de este apartado es también el control de las ETS. En un estudio realizado en Tanzania⁵, se ha demostrado la posibilidad de reducir en un 38% la incidencia del VIH en algunos distritos a los que se habían proporcionado centros de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Aunque la estrategia de tratamiento sindrómico propuesta por la OMS⁶ sigue siendo válida, existe la necesidad de aumentar la implantación de laboratorios de diagnóstico para valorar la eficacia clínica, comprobar las peculiaridades epidemiológicas locales y monitorizar la sensibilidad viral a la quimioterapia antiinfectiva utilizada.

Los costos para poner nuevamente en funcionamiento los servicios sanitarios son extremadamente difíciles de calcular a escala global, y junto al sostenimiento de los gastos corrientes, constituyen el principal desafío del África actual. Por lo que se refiere

al control de las ETS, el estudio de Mwanza, además de demostrar un eficaz impacto sobre la transmisión del VIH, ha constatado que tendría una relación costo/eficacia (unos 10 \$USA por persona y año) comparable a lo que cuesta la inmunización de los niños⁷. Si bien la cifra por caso tratado no parece exagerada (se calcula en unos 12,65 a 20 \$USA)⁸ cuando se multiplica por la población de referencia resulta, naturalmente, importante. En el caso de Mwanza el costo anual para cubrir una población de 150.000 personas, alcanza cerca de 59.000 \$USA.

3) Servicios diagnósticos y de laboratorio

Constituyen uno de los principales obstáculos a resolver, por cuanto todos los aspectos ya enumerados (test, control de las ETS), además de otros (tratamiento, prevención materno-fetal, bancos de sangre, etc.) precisan tecnologías y personal que, de momento, no parecen disponibles en los laboratorios africanos. Todos los sanitarios que han tenido ocasión de trabajar en África Subsahariana conocen una realidad que, con criterios occidentales, parece inaceptable. La mayor parte de los laboratorios de los hospitales rurales no disponen de energía eléctrica más que durante unas pocas horas al día, y muchos no tienen un sistema fiable de agua corriente. Las tecnologías empleadas permiten apenas la posibilidad de realizar exámenes microscópicos directos (heces, orina en fresco, hemoscopia para el paludismo, Zielh Nielsen para la investigación directa de bacilos ácido alcohol resistentes y raramente la coloración de Gram). La hematología consiste en la determinación de hemoglobina con el método colorimétrico de Shalí, pocas veces un hematocrito ó el recuento de glóbulos blancos mediante cámara cuentaglóbulos. La introducción de la hematoquímica, por su parte, ha sido siempre decepcionante, poco sostenible y limitada a algunas raras ocasiones. Los sistemas automáticos, además de problemas de sostenibilidad, no han podido establecerse debido a las condiciones estructurales (energía, agua, etc.), ya señalados. En cuanto a la microbiología es casi inexistente y se limita a la microscopía directa y a algunas pruebas de aglutinación in vitro. La disponibilidad de los requerimientos mínimos (ver **cuadro 1**) parece, pues, una quimera y no está relacionada con la simple adquisición de tecnología. Resulta además necesario invertir en la búsqueda de nuevas tecnologías, nuevos métodos diagnósticos, con atención a los costos, tanto básicos como recurrentes. Aún más preocupante se muestra la situación por lo que se refiere a las nuevas tecnologías radiológicas (ecógrafos, aparatos radiológicos etc.) que resultan necesarios en el seguimiento de los pacientes con patología VIH/SIDA.

No hay ninguna idea respecto a qué **costos** se deben afrontar. Los costos unitarios (por ejemplo, el precio de un test VIH) no parecen considerables, pero si se considera los aspectos estructurales, llegaremos a gastos astronómicos.

4) Seguimiento de la patología VIH/SIDA, incluyendo su profilaxis

La gestión clínica de los pacientes con infección VIH comprende, además de los aspectos estructurales (personal, estructuras, equipamiento) ya descritos y de los medicamentos (ver a continuación los **cuadros 2 y 3**), la adecuada formación del personal médico y la disponibilidad de protocolos nacionales. Deberá realizarse un esfuerzo notable, por lo tanto, en la formación adecuada (y el reciclaje continuo) del personal dedicado al diagnóstico, al tratamiento y a la puesta al día de los protocolos nacionales, de manera que tengan en cuenta los cambios de las nociones científicas y la modificación de las disponibilidades locales respecto a diagnósticos y tratamientos. Su enfoque deberá pasar, necesariamente, por la inclusión del seguimiento clínico de la enfermedad del SIDA entre los objetivos del sistema existente⁹. Esto significa no tanto

crear especialistas en SIDA como encomendar competencias de diagnóstico y tratamiento al personal ya existente en el país. Probablemente, de acuerdo con los gobiernos locales, se deberá implicar también el sistema privado. El tratamiento de las ETS figura entre las funciones "históricas" de este sector que, si está adecuadamente formado y supervisado, podría, por lo menos teóricamente, llegar a ser un recurso válido del sistema.

No existe ninguna previsión sobre los **costos** si bien, dada la integración en el sistema existente, no deberían ser excesivos.

5) Nuevos tratamientos, incluidos los anti-retrovirales

Es uno de los temas que han atraído más la atención de la opinión pública mundial durante el año último. Sin duda, la terapia anti-retroviral, cuando se utilizan medicamentos activos en asociación, han demostrado la capacidad de inhibir la replicación viral in vivo durante periodos extremadamente prolongados, con notables ventajas sobre el sistema inmunológico (y con la posibilidad añadida de restablecer las defensas inmunitarias eficaces tras la supresión inducida) y, en consecuencia, con eficacia clínica demostrable, tanto en situaciones experimentales (estudios controlados) como en estudios de comunidad^{10,11,12,13}. El aumento de la supervivencia, la disminución de incidencias de infecciones oportunistas y de la mortalidad, se han traducido también en una disminución del acceso, y de la utilización de los recursos por lo que, al menos en el mundo desarrollado, las terapias farmacológicas, costosas en sentido absoluto, han demostrado ser muy útiles desde el punto de vista coste-eficacia.

La introducción en amplias proporciones de este tipo de tratamientos en el África Subsahariana debería aportar, además del demostrado aumento de la supervivencia, las siguientes ventajas:

- proporcionar estímulos a la población para que se someta a los test diagnósticos. La disponibilidad de un tratamiento efectivo debería servir de incentivo: el conocimiento de la propia situación podría, con el adecuado asesoramiento, determinar un comportamiento responsable en relación con la ulterior difusión de la enfermedad.
- tener un efecto directo sobre la propagación de la enfermedad: algunos estudios han demostrado cómo la transmisión sexual está relacionada de alguna manera con la carga viral del sujeto transmisor¹⁴. El efecto epidemiológico, si un número elevado de personas estuviese sometido a tratamiento, debería ser tangible¹⁵.
- si aumentase la supervivencia de las personas infectadas, se reduciría el problema de los huérfanos.
- disminuirían los casos debidos a la transmisión materno-fetal.
- las estructuras asistenciales soportarían una menor sobrecarga de pacientes y podrían liberar recursos humanos y económicos para hacer frente a otros problemas.

Los problemas que aguardan son notables. No se trata sólo de los costes que, aunque elevados, están por lo general decreciendo rápidamente (entre otras cosas por la presión de los múltiples lobbies internacionales). Las principales preocupaciones se refieren a los problemas de "cumplimiento". Para reducir la posibilidad de un fallo terapéutico, es necesaria la toma de más del 95% de las dosis prescritas, respetando siempre los horarios y la correcta relación con las comidas¹⁶.

La posibilidad de fallos terapéuticos en amplia escala hace previsible la aparición de una epidemia secundaria por virus resistentes a los fármacos, con la inevitable recaída posterior de estos pacientes. La terapia está también sometida a innumerables efectos colaterales, a veces fatales¹⁷. La escasa posibilidad de un control de laboratorio de los pacientes en tratamiento puede ser causa de una elevada mortalidad debida a la terapia farmacológica y, paralelamente, es posible un aumento de la supervivencia, pero con una deficiente calidad de vida, lo que hace necesario un aumento de la asistencia. La posibilidad de adquirir fármacos genéricos no puede, por lo tanto, considerarse una medida única, capaz de resolver por sí misma el problema del SIDA en África.

Las necesidades son múltiples: en primer lugar, la formación del personal sanitario destinado a la gestión de estos tratamientos y de sus efectos colaterales, la disponibilidad de investigaciones específicas de laboratorio (tipificación lifocitaria, determinación de la carga viral) pero también para el diagnóstico de infecciones oportunistas y para la gestión de los efectos colaterales.

En fin, dada la cuantía de los problemas relacionados con los tratamientos (presentes incluso en los países "desarrollados"), deberán explorarse distintos e innovadores caminos aprovechando la experiencia de lo ocurrido con la terapia antituberculosa (e incluso sacando partido de los fracasos) con particular atención a la llamada terapéutica directamente supervisada (DOT).

Los **costos** debidos al tratamiento, como se ha dicho antes, están en continua evolución. La estimación "oficial", basada en los precios de las empresas productoras, calcula una necesidad anual del orden de 9.500 a 23.500 \$USA por persona/año¹⁸. Con los medicamentos genéricos y la reciente disminución de precios, es razonable pensar que el costo podría girar en torno a los 300-500 \$USA por paciente/año^{5,1}. Esta cantidad, multiplicada por el número probable de enfermos residentes en África Subsahariana que tienen necesidad urgente de tratamiento (al menos, los pacientes ya en fase de SIDA declarado, que suman unos 2,5 millones de personas) llevaría a un costo farmacéutico de unos 1.500 millones de dólares USA por año. Intuitivamente, se calcula que esta cifra va más allá de las posibilidades de los Países en Vías de Desarrollo (su PIB por persona es inferior a 400 \$USA y la cifra destinada a sanidad no supera los 15 \$USA por persona y año), y está notablemente por encima de lo hasta ahora aportado por los países desarrollados para la lucha contra el SIDA (que se estima, durante los años 1996-1998 en unos 60 millones de \$USA cada año). Además de este costo, habría que calcular el empleado en prevención y el de apoyo a las comunidades para el tratamiento de las patologías asociadas al SIDA, que se calcula por UNAIDS en aproximadamente 3.000 millones de dólares por año¹⁹.

* * *

CUADRO 1/ Determinaciones de laboratorio recomendadas y necesarias para el seguimiento de los paciente anti-VIH+, mínimo requerido

Primer contacto

- *Determinación de anticuerpos (test VIH) de confirmación*
- *Examen hemocromocitométrico (con recuento diferencial y plaquetas)*
- *Revisión ETS (serodiagnóstico de sífilis e investigación microbiológica)*
- *Marcadores de hepatitis B y C*
- *Intradermorreacción tuberculínica (Mantoux). (Si resulta positiva, profilaxis con isoniacina)*
- *Transaminasas, amilase*
- *Tipificación de linfocitos (número de linfocitos CD4+)*
- *Carga viral VIH*
- *Test PAP*

Follow-up (seguimiento) de pacientes no tratados (máximo cada 6 meses)

- *Examen hemocromométrico completo*
- *Transaminasas, amilasas*
- *Tipificación linfocitaria*
- *Carga viral VIH*

Pacientes en tratamiento

- Primer control después de 15-30 días y después cada 2-3 meses
- Examen hemocromocitométrico completo
- Transaminasas, amilasas
- Triglicéridos, colesterol
- Cada 6 meses, añadir tipificación linfocitaria y carga viral VIH (con necesidad de realizar con urgencia, determinaciones específicas si aparecen síntomas de toxicidad)

CUADRO 2/ Indicaciones para comenzar el tratamiento anti-retroviral en pacientes con infección VIH estabilizada

(según Protocolo para el uso de agentes anti-retrovirales en pacientes adultos y adolescentes con infección VIH -www.hivatis.org-modificado)

<i>Categoría clínica</i>	<i>Recuento CD4</i>	<i>HIV RNA en plasma</i>	<i>Recomendaciones</i>
<i>Sintomático SIDA, síntomas tardíos</i>	<i>el que sea</i>	<i>el que sea</i>	<i>Tratamiento</i>
<i>asintomático SIDA</i>	<i><200</i>	<i>el que sea</i>	<i>tratamiento</i>
<i>asintomático</i>	<i>>200 <350</i>	<i>el que sea</i>	<i>ofrecer</i>
<i>asintomático</i>	<i>>350</i>	<i>>30.000 (bDNA) 55.000 (RT-PCR)</i>	<i>controversia</i>
<i>asintomático</i>	<i>>350</i>	<i><30.000 (bDNA) <55.000 (RT-PCR)</i>	<i>volver a pedir</i>

CUADRO 3/ Medicamentos anti-retrovirales para el tratamiento inicial

(de Protocolos para el uso de agentes anti-reti-retrovirales en adultos y adolescentes infectados por el VIH -www.hivalis.org- modificado)

Los medicamentos anti-retrovirales incluidos en la categoría “fuertemente recomendados” tienen un acusado efecto tóxico. Las distintas técnicas para conseguir una discreta probabilidad de eficacia consideran la posibilidad de combinar un fármaco de los que figuran en la columna A con una de las asociaciones previstas en la columna B. La elección, dentro de las posibles asociaciones, debe hacerla un médico experto, considerando las características del enfermo, sus condiciones clínicas, sus resultados de laboratorio y la previsión de los posibles efectos colaterales. Revisten una notable importancia las innumerables interacciones farmacológicas, de las que el personal sanitario debe estar debidamente informado.

1) Fuertemente recomendados

Columna A Efavirenz, Indinavir, Nelfinavir, Ritonavir + Indinavir, Ritonavir + Lopinavir

Columna B Stavudina + Didanosina, Stavudina + Lamivudina, Zidovudina + Didanosina, Zidovudina + Lamiduvina, Ritonavir + Saquinavir

2) Alternativas recomendadas

Columna A Abacavir, Amprenavir, Delavirdina, Nelfinavir + Saquinavir soft gel Cápsulas, Nevirapina, Ritonavir, Saquinavir soft gel cápsulas

Columna B Didanosina + Lamivudina, Zidovudina + Zalcitabina

3) No recomendadas (datos insuficientemente contrastados)

Idrossiurea, Ritonavir + Amprenavir, Ritonavir + Nelfinavir

4) No recomendados (demostración de escasa eficacia ó riesgo inaceptable de efectos colaterales)

Columna A Saquinavir hard gel cápsulas

Columna B Stavudina + Zidovudina, Zalcitabina + Didanosina, Zalcitabina + Lamivudina, Zalcitabina + Stavudina

BIBLIOGRAFÍA

1. Attaran A., Sachs J., *Defining and refining international donor support for combating Aids pandemic*, Lancet, 2001; 357:57-61.
2. Viktor S.Z., Ekpini E., Karon J.M. et al., *Short course oral zidovudine for prevention of mother to child transmisión of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomized trial*, Lancet, 1999: 353:781-85.
3. Guay L.A., Musoke P., Fleming T. et al., *Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention mother to child transmission of Hiv-1 in Kampala, Uganda: HivNet 012 randomised trial*, Lancet, 1999: 354-795-802.
4. Individual members of the faculty of Harvard University, *Consensus Statement on Antiretroviral treatment for Aids in poor countries*, Topics in Hiv medicine, 2001; 9:14-25.
5. Grosskurth H., Mosha F., Todd J. et al., *Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on Hiv infection in rural Tanzania; randomized controlled trial*. Lancet, 1995; 346:530-36.
6. Who, *Management of patients with sexually transmitted diseases. Report of a Who study Group*. Who Technical Report Series, nº 810, Geneva, Who 1991.
7. Gilson L., Mkanje R., Grosskurth H. et al., *Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in Mwanza Region, Tanzania*. Lancet, 1997; 350: 1805-09.
8. Kumaranayake L., Watts Charlotte, *Economic costs of Hiv/Aids prevention activities in sub-Saharan Africa*, Aids 2000; 14 (suppl 3):S239-52.
9. Manfrin V., *Combating Hiv and Aids in sub-Saharan Africa*, Lancet, 2001:357.1365-6.
10. Palella F.J., Delaney K.M., Moorman A.C. et al., *Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection*, N Engl J Med, 1998:338:853-60.

11. Collaborative group on Aids incubation and Hiv survival, *Time from Hiv-1 seroconversion to Aids and death before widespread use of highly antiretroviral therapy: a collaborative re-analysis*. Lancet, 200; 3155:1131-37.
12. Mocroft A., Vella S., Benfield T.L. et al., *Changing patterns of mortality across Europe in patients with Hiv-1*, Lancet, 1998; 352:1725-30.
13. The Cascad collaboration, *Survival after introduction of Haart in people with known duration of Hiv-1 infection*, Lancet, 2000;35:1158-9.
14. Quinn T.C., Wawer M.J., Sewankambo N. Et al., *Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai proyect study group*. N Eng J Med, 2000;342:921-9.
15. Wood E., Braitstein P., Montaner J. Et al., *Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the Aids epidemic in sub-Saharan Africa*, Lancet, 2000; 355:2045-100.
16. Paterson D.L., Swindels., Mohr J., *Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients whit Hiv infection*. Ann Intern Med, 2000, 131:21-30.
17. Carr A., Cooper D.A., *Adverse effect of antiretroviral therapy*, Lancet, 2000; 356:1423:-30.
18. Forsyte S., Gilks C., *Economic issues and antiretroviral therapy in developing countries*, Trans Royal Soc Trop Med Hyg, 1999;93:1-3.
19. Aids Epidemic update, December 2000 (www.Unaids.org).

9. Prevención: éxitos y fracasos del preservativo

Alessio Panza

Naciones Unidas, Bangkok

- En algunos países -como Tailandia- el uso extendido del preservativo se ha revelado muy eficaz, y ha representado un poderoso dique para la contención de la epidemia. Estudio de las causas de los fallos y obstáculos al uso del preservativo.

LA EFICACIA

Actualmente están disponibles dos tipos de preservativos: el femenino y el masculino, siendo éste último, con mucho, el más usado y estudiado. A continuación será ampliamente discutido, con algunas alusiones al preservativo femenino.

Desde hace muchos años, el preservativo ha sido usado como uno de los medios de evitar embarazos (hay testimonios que datan del siglo XVI). Con la aparición de la epidemia de VIH/SIDA, el uso del preservativo ha asumido un nuevo y fundamental significado.

- Las estadísticas de la OMS/UNAIDS informan de que entre el 75 y el 80% de los contagios de VIH (cerca de 40 millones a finales de 2000) están causados por relaciones sexuales no protegidas (esto es, sin preservativo). En los tres países asiáticos más afectados por la epidemia (Camboya, Birmania y Tailandia) la transmisión sexual (mayoritariamente heterosexual) es la causa del 85% de los contagios.
- El VIH es más fácilmente transmisible si uno o ambos componentes de la pareja tienen (ó han tenido) una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS). Esto equivale a decir que si se consigue prevenir (mediante el preservativo) y curar la ETS (hay 340 millones de nuevos casos al año) se reducirá también la epidemia del VIH.

Poseemos una amplia documentación que demuestra que el preservativo, si se usa correctamente y en todos los casos, ofrece una protección segura tanto frente a los embarazos no deseados como contra las ETS. Para obtener esta protección, el preservativo tiene que ser de muy buena calidad, y esta calidad puede variar drásticamente según los fabricantes. Obtener preservativos de óptima calidad es actualmente posible gracias a la moderna tecnología y a la normativa vigente respecto al control, según las prescripciones de la OMS que son seguidas por todos los países industrializados y por muchos países no industrializados.

El preservativo del que se está tratando es el masculino, de caucho natural. En los últimos cinco años se han fabricado y puesto en el mercado también preservativos de materiales sintéticos (plásticos de poliuretano) de tipo masculino y femenino, que son utilizados en número casi insignificante ya que, por ahora, cuestan diez veces más que el preservativo de goma, y porque el preservativo femenino es mucho más engorroso.

Estudios de laboratorio confirman que el preservativo de goma, de hecho, constituye una barrera eficaz e impermeable frente a los espermatozoides y a las siguientes patogenicias: VIH, herpesvirus y virus de la hepatitis B, citomegalovirus, gonococo y

clamidia trachomatis y virus del papiloma humano (MMWR, 1988)(Carey RF, 1992). La eficacia del preservativo está confirmada también por los estudios epidemiológicos. En Tailandia, por ejemplo, la promoción por las autoridades del uso del preservativo al 100% en las relaciones sexuales lucrativas ha elevado su utilización del 14% en 1989 al 94% en 1994 entre la población masculina en general. En el mismo periodo:

- las enfermedades sexuales bacterianas detectadas a nivel nacional han disminuido muy acusadamente, de 237.273 casos a 27.597 en 1994 (Rojanapithyakorn y colab., 1996). Los datos oficiales han sido confirmados por algunos hospitales privados y por las farmacias (todas privadas en Tailandia). Por ejemplo, 925 farmacéuticos encuestados en un proyecto trienal (1996-1998) sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual, y financiado por la Unión Europea, se mostraron más interesados en un curso sobre contraceptivos (especialmente, la “píldora del día siguiente”) y por el tratamiento de los enfermos de SIDA que por las ETS, sobre las cuales eran mucho menos consultados por sus clientes que anteriormente (Path). En otra encuesta entre las farmacias, realizada en la tercera parte de las provincias tailandesas en el periodo 1993-1995, se concluye que la venta de antibióticos indicados en las ETS ha disminuido en las dos terceras partes de aquellas, mientras ha aumentado la venta de preservativos (Chamrathirong y colab., 1999). Estas amplias indagaciones muestran que los pacientes con ETS han disminuido realmente y no han sido simplemente transferidos de la asistencia pública al sector privado. Otra encuesta, numéricamente más limitada pero igualmente demostrativa, se realizó en Singapur entre las “trabajadoras del sexo”, e indica un aumento del uso del preservativo del 44 al 94% entre 1994 y 1996, lo que ha producido una reducción del 90% de los casos de gonococia (Wong y colab., 1998).
- Otro dato epidemiológico de ámbito nacional, que prueba la eficacia del uso del preservativo, es la espectacular caída de las infecciones por VIH en los soldados reclutas de 21 años de edad. En este colectivo (obligatoriamente sometido al test de VIH cuando se incorporan a filas) la prevalencia del VIH alcanzaba un 4% en el conjunto de la nación, y el 12% en las regiones del norte. Este nivel, sin embargo, descendió en 1999 a un mínimo de 1,56% en la totalidad del país y a un 1,9% en el norte (Celentano, 1998). En el mismo periodo, los soldados reclutas han aumentado el uso del preservativo en cada relación sexual venal, pasando por ejemplo del 60% al 93% entre 1991 y 1995 (Nelson 1996).
- Por último se ha observado la misma caída en la prevalencia de la infección por VIH entre las prostitutas. En el norte (donde se concentra más de la mitad del total de la epidemia del país) la prevalencia ha descendido desde un nivel del 38% en 1994 al 20,5% en 1999 (Banco Mundial, 2000).

Se calcula que las diversas medidas de prevención adoptadas en Tailandia , centradas prioritariamente en la promoción del uso del preservativo, han evitado cerca de 200.000 infecciones, que habrían ocurrido sin estas prevenciones (Banco Mundial, 2000).

En Camboya, como consecuencia de la promoción oficial del uso del preservativo en la totalidad de las relaciones venales, se han dado los mismos y espectaculares resultados. El uso del preservativo ha aumentado del 42% en 1997 al 78% en 1999. En el mismo periodo de tiempo, entre las prostitutas, la seroprevalencia al VIH ha descendido del 38% al 26% (WHO/WPRO).

Por último, la eficacia del preservativo en la prevención de las infecciones por VIH se ha confirmado sobre todo por los estudios clínicos realizados en parejas serodiscordantes, es decir, cuando un miembro es seropositivo y el otro VIH negativo. En las parejas que han usado siempre el preservativo, en un periodo de dos años, se ha dado un riesgo de infección del 0-1%. Por el contrario, en las parejas que han usado el preservativo irregularmente, el riesgo de transmisión de la virasis es de entre un 4,8 y un 7,2% por año (Padian y colab., 1993; Saracco y colab., 1993). El uso correcto y continuo del preservativo protege igualmente de los embarazos no deseados con una tasa de fallos variable del 3 al 12%, según se use siempre ó no.

Está claro, tras lo dicho hasta ahora, que el preservativo, aunque se use correctamente y de forma habitual, tiene una cierta tasa de fallos. Al enseñar el uso del preservativo hay que subrayar que, a pesar de ello, es extremadamente eficaz para disminuir enormemente la infección por VIH y las ETS, sin llegar a eliminar el riesgo por completo. Quienes sostienen que el preservativo es poco eficaz, citan a veces un estudio de la Universidad de Texas (Weller S.C., 1993) que atribuye al preservativo un 70% de eficacia. Este estudio, basado en un meta-análisis, tiene fuertes limitaciones. Primeramente, no incluye estudios de los primeros años 90, que ofrecen una evidencia indudable sobre la eficacia del preservativo (por ejemplo, estudios sobre las parejas discordantes). En segundo lugar, el meta-análisis no distingue entre el uso adecuado o no adecuado.

LOS FALLOS

Como se ha dicho antes, la carencia de eficacia del uso del preservativo se debe al hecho de que no sea empleado siempre o no sea empleado correctamente. En este último caso, aumentan mucho las posibilidades de que el preservativo se rompa o resbale durante el coito.

Rotura del preservativo

Un elevado número de estudios sobre la rotura del preservativo señala una tasa de rotura de entre menos del 1% a más del 10%. La calidad de estos estudios ha mejorado considerablemente a partir de 1994, cuando se ha convenido usar protocolos estándar de investigación sobre este problema (Steiner M. y colab., 1994). Esta amplia variación se debe en parte a las características del preservativo (los modelos antiguos ó los más finos se rompen más fácilmente) y, lo que es más importante, a las características del usuario. Los usuarios con menor experiencia tienen roturas más frecuentes, porque abren el envase con objetos cortantes o desenrollan el preservativo antes de usarlo, lo exponen al sol o al calor, lo utilizan más de una vez ó emplean lubricantes a base de aceite en vez de los acuosos (Spruyt A. Et al., 1998). Una adecuada e individual formación sobre la correcta utilización del preservativo mejora su uso y disminuye la frecuencia de las roturas.

Deslizamiento del preservativo

El deslizamiento del preservativo se debe análogamente bien a las características del mismo (los preservativos anchos deslizan más fácilmente) o a las del usuario (uso erróneo de lubricantes, desenrollarlo antes de usarlo, relación sexual muy agitada) (Spruit A. Et al., 1998). No siempre es posible encontrar en el mercado preservativos del tamaño apropiado: los preservativos anchos (51-54 mm) son más apreciados en

América, África y Europa, mientras que los estrechos, (entre 47 y 50 mm) se buscan más en muchos países asiáticos.

OBSTÁCULOS AL USO DEL PRESERVATIVOS PARA UNA REDUCCIÓN DE LA EPIDEMIA

Todo lo dicho hasta ahora pretende demostrar que el uso sistemático y correcto del preservativo de buena calidad tiene un gran impacto sobre la reducción de la epidemia de SIDA y del resto de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). En realidad, en los Países en Vías de Desarrollo no se ha comprobado tal reducción (salvo en Tailandia, Senegal y, en parte, Uganda), y es preciso comprender que existen obstáculos muy grandes que han de ser superados antes de obtener la deseada disminución.

Obstáculos para el uso sistemático del preservativo

Estos obstáculos son muy grandes y dependen tanto de la escasa disponibilidad de preservativos (ver la última sección) como de la escasa voluntad de los usuarios. Este último obstáculo, a diferencia de los otros, es habitualmente ignorado o muy minusvalorado. La baja decisión en el uso del preservativo es debida a numerosos factores, que deben ser afrontados si se desea efectivamente una reducción de la epidemia a través de un aumento en el uso del preservativo. Tales factores son de dos tipos: los que dependen del comportamiento individual y los que se deben al ambiente.

Los factores dependientes del individuo incluyen, por ejemplo:

- el conocimiento (ser consciente de que el preservativo protege): este factor es fácil de tenerse en cuenta pero, en contra de lo que podría creerse, por sí sólo no determina la decisión personal de adoptar el uso del preservativo.
- la actitud: si el individuo considera el preservativo como algo “sucio”, que debe ser usado solamente con prostitutas, no lo empleará en las relaciones de otro tipo. Es el caso, por ejemplo, de las relaciones dentro del matrimonio ó entre adolescentes enamorados, que no usan el preservativo aunque sepan que su compañero ha tenido ya anteriores experiencias sexuales.
- la habilidad manual.
- la conciencia del riesgo personal (muchos individuos, aunque conozcan la relación de riesgos de contagio del VIH, incluyen, sin saberlo, tales riesgos, en su vida personal).
- la percepción de sentirse capaz de aceptar un nuevo comportamiento (auto-eficacia): por ejemplo, una mujer que sabe que no puede indicar a su marido que use un preservativo por temor a violencia física, no tiene auto-eficacia.
- la idea de que la propia vida es valiosa (autoestima) y que por ello necesita protegerla mediante el uso del preservativo;
- la motivación: por ejemplo valorar que lo que gana con el nuevo comportamiento es más que lo que se pierde.
- la intención: clara determinación mental de adoptar un nuevo comportamiento.

El comportamiento final de usar o no el preservativo depende estrecha y necesariamente, por otra parte, de los factores ambientales que rodean al individuo. Hay que tener presente que la pareja es la unidad ambiental más pequeña. Los factores ambientales incluyen:

- los papeles de género (*gender roles*): muchas sociedades asiáticas prohíben a la mujer tomar decisiones en todo lo referente a actitudes sociales. La mitad de la sociedad (la femenina) no tiene ninguna posibilidad de usar preservativos;

- presiones psicosociales de los pertenecientes a un mismo grupo: si los amigos de un adolescente afirman que el “macho” debe arriesgarse teniendo relaciones sexuales sin preservativo, el adolescente tenderá a obrar así para obtener la aprobación de sus amigos;
- necesidades económicas: una mujer que tiene necesidad del soporte económico de su compañero, dependerá de sus decisiones en materia del uso del preservativo;
- campañas nacionales: en Tailandia las campañas nacionales han promovido con éxito el uso del preservativo solamente en las relaciones sexuales venales. Esto ha ocasionado una reducción de la epidemia en general, pero no ha frenado su aumento entre las mujeres embarazadas.

Sólo corrigiendo sistemáticamente, y con técnicas adecuadas, los factores antes expuestos (mucho más numerosos cuando se contemplan en detalle) será posible obtener un aumento del empleo asiduo del preservativo y, como consecuencia, una reducción de la epidemia.

Las actividades sistemáticas y competentes deberían, por lo tanto, incluir intervenciones que van más allá del mero “conocimiento”, actividades que abarquen tanto los factores individuales como los ambientales antes citados. Ejemplos del éxito de tales intervenciones se conocen en inglés bajo la denominación de “*life skills interventions*” (“intervenciones en las capacidades vitales”) para los factores individuales. Al mismo tiempo, se implica a grupos sociales de edades similares (educación entre iguales o “*peer education*”) a padres, educadores y autoridades locales, incidiendo en los factores ambientales. Las capacidades vitales o “*Life skills*” incluyen, por ejemplo, la capacidad de negociación, de decir que no, de pensar críticamente, de defender el punto de vista propio dentro del respeto al oponente, etc.

Obstáculos para el uso del preservativo

Este tipo de obstáculos se refieren, por lo general, al aprendizaje de su uso correcto (evitando por ejemplo problemas culturales o de idioma con demostraciones prácticas). Una vez que se ha aprendido a usar el preservativo correctamente, es ya fácil usarlo bien (excepto en estado de embriaguez alcohólica ó por otras sustancias estupefacientes).

Obstáculos para la obtención, distribución y adquisición de preservativos de buena calidad.

Este tipo de obstáculos se derivan del hecho de que, en los Países en Vías de Desarrollo, no existen leyes (o sistemas que hagan que se cumplan) sobre la calidad de los productos sanitarios (incluidos los preservativos). Importadores y exportadores, atendiendo solamente a su propio lucro, no dudan, por este motivo, en introducir en el mercado preservativos de mala calidad. Es posible, de todos modos, obtener preservativos de buena calidad en los Países en Vías de Desarrollo. La OMS ha presentado programas serios para el control de calidad y los importadores (sean privados ó públicos) de los Países en desarrollo están informados de la forma de proveerse de preservativos que han superado dichos controles. Además, en estos países han comenzado a producirse preservativos de buena calidad (por ejemplo, en Kenia).

Sólo si existe una distribución capilar y constante de preservativos de buena calidad puede obtenerse un impacto sobre la epidemia (la actividad sexual es, después de todo, constante). Las dificultades para dicha distribución capilar y constante dependen de la

penuria de las infraestructuras y son las mismas que se encuentran en la distribución de los demás bienes de consumo en los Países en Vías de Desarrollo. Cuando el principal distribuidor de preservativos es el Ministerio de Salud encontramos que a las dificultades generales se añaden obstáculos propios del Ministerio (por ejemplo, en cuanto a horarios y lugares de distribución).

Ambos tipos de dificultades han sido superadas, con éxito, en los programas de “*social marketing*” (comercialización social) del preservativo realizados por grandes ONG como PSI (“*Population service international*) y DKT en Países en Vías de Desarrollo de diferentes continentes. El *social marketing* crea una demanda de preservativos y después la satisface utilizando recursos públicos ó privados (con ó sin ánimo de lucro) para su distribución.

Por último, el impacto sobre la epidemia sólo es posible si los usuarios de preservativos tienen los recursos necesarios para comprarlos. Los antes citados programas de *social marketing* se basan en el requisito de que el costo real del preservativo sea casi por completo subvencionado por la ayuda internacional.

CUADRO 1/ Consumo de preservativos en África

En África Subsahariana los preservativos son, en su mayor parte, adquiridos con fondos de donantes, sólo unos pocos países (como Sudáfrica y Botswana) los adquieren con fondos propios. De los datos de la UNFPA (la agencia de las Naciones Unidas responsable de la provisión de preservativos) resulta que en los últimos 5 años dicha provisión se estima en unos 400-500 millones de unidades por año, a los que hay que añadir 210 millones de unidades compradas directamente por los países. Este cálculo supone la utilización de 4,6 preservativos por año por cada hombre de edad comprendida entre 15 y 59 años. El campo de utilización es muy amplio. Los países con mayor utilización son Botswana, Sudáfrica, Zimbabwe, Togo, Congo y Kenya (con una media de 17 preservativos por hombre). En el otro extremo más de 30 entre los 47 países de África Subsahariana se encuentran por debajo de la media, algunos con índices de utilización próximos a cero.

Para llevar a todos los países africanos al nivel de los mayores consumidores, sería necesaria la provisión conjunta de 1.900 millones de piezas, con un costo total de 47,5 millones de dólares (0,025 \$USA por unidad)

Fuente: Shelton J.D., Johnston B., Condom gap in Africa: evidence for donors agencies and key informants, BMJ 2001: 323:139.

BIBLIOGRAFÍA

Carey R.F. et al., *Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus-size particles under conditions of simulated use.* Transmissible Diseases, July 1992, 19(4):230-234.

Chamrathirong et al., *The success of the 100% condom promotion programme in Thailand: survey results on the evaluation of the 100% condom promotion programme* Institute for Population and Social Research, Mahodjal University, 1999.

MMWR, *Condoms for prevention of sexually transmitted diseases*, Morbidity and Mortality Weekly Report, March 11, 1988; vol. 37, nº 9, p. 133-137.

Nelson K.E. et al., *Changes in sexual behaviour and a decline in Hiv infection among young men in Thailand.* N Engl J Med., 1996, 335: 297-303.

Padian N.S. et al., *Prevention of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus through couple counselling.* Journal of Acquired immune deficiency syndromes, 1993, 6(9): 1043-1048.

Calentano, David D., Kenrad Nelson, Cynthia Lyles et al., *Decreasing incidence of Hiv and sexually transmitted diseases in young Thai men: evidence for success of the Hiv/Aids control and prevention program.* Aids 12(5):F29-F36.

Program for appropriate technology in health (PAT), *EC support for training of drugstore personnel in Thailand on Std/Aids interventions "Final reports: January 1996-December 1998" submitted to European Union, Aids/STD & RH Programme SE Asia*, 1996.

Rojanapithyakorn W., Hanenberg R., *The 100% condom program in Thailand*, *Aids*, 1996, 10:1-7.

Saracco A., et al. *Man-to-woman sexual transmission of Hiv: longitudinal study of 343 steady partners of infected men*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6(5):497-502.

The World bank social monitor, *Thailand: Thailand's Response to Aids "Building on Success, Confronting the Future"*, November 2000.

Weller S.C., *A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted, Hiv*. *Soc.Sci Med*, 1993; 36:1635-44.

Who/Unaids, *The male latex condom – Specification & guidelines for condom procurement*. Document Who/Rht/Fpp/98, 15 Unaids/98. 12.

Who/Unaids, *The male latex condom – 10 condom programming fact sheets*, Document Who/Rht/Fpp/98. 15, Unaids/98. 12,2000.

Who/Wpro, *Cambodia-Behavioural surveillance and sentinel Hiv surveillance demonstrate the impact of 100% condom use programme among sex workers*, *Sti Hiv/Aids Surveillance Report*, issue n° 16, November 2000.

10. NO OLVIDAR LA “CAMISKINHA”

Giovanni Baruffa

Profesor emérito de la Universidad Católica de Pelotas, RS, Brasil
Profesor de Medicina Interna de la Fundación Universidad Federal de Río Grande, RS, Brasil

Gabriela Mendoza Sassi

Profesora de Enfermedades Infecciosas y Responsable del Servicio de Sida del Hospital Universitario de la Fundación Universidad Federal de Río Grande RS, Brasil

En Brasil, en los últimos años, se han registrado notables progresos en la lucha contra el Sida.

La producción directa y la distribución gratuita de los fármacos anti-retrovirales.

Las campañas de promoción del uso del preservativo y la posición de la Iglesia Católica.

Quienes transitaban, en las semanas próximas a la Pascua, por la sección *check in* del aeropuerto internacional de Guarulhos, Sao Paulo, Brasil, eran abordados por muchachas que, con urbanidad y lenguaje apropiado, le ilustraban sobre el problema de la infección VIH/Sida y solicitaban su colaboración con la “Asociación Brasileña de asistencia a los niños con Sida-Casa Sole”. Apoyaban sus palabras con un folleto de la Secretaría de Sanidad del Estado de Sao Paulo. El impreso, titulado “Frente a la prevención, practique la solidaridad” decía: “El sexo es necesario y bueno, pero tome precauciones!!!”. “Use siempre el preservativo, el único que puede evitar la contaminación en la relación sexual, tanto oral como vaginal y anal”.

En una decena de pequeños recuadros explicaba qué es el Sida, como se contagia el virus y cuáles son las conductas de riesgo. El virus VIH se puede evitar “cambiando el comportamiento, exigiendo sangre y derivados sometidos al test, usando siempre el preservativo”. Enseñaba, además, cómo usarlo debidamente, concluyendo: “no olvide usarlo siempre”. Aludía a la transmisión materno-fetal; a quién debe hacer el examen; a los síntomas más frecuentes de la infección VIH; a cuáles son los comportamientos de riesgo y concluía citando la tercera carta de San Juan: “Querido te deseo que también tu salud sea buena y todo te vaya bien” (III,2).

Promotora del folleto: la “Asociación brasileña de asistencia a los niños con Sida-Casa Sole”, Sao Paulo.

LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA

Brasil tiene una población de cerca de 169.500.000 habitantes. Entre 1980 y septiembre de 2000, los casos de Sida registrados por el Ministerio de Sanidad llegaron a 196.016, de ellos, 146.472 eran hombres, 49.544 mujeres y 6.856 niños¹. La tasa de incidencia, que entre 1996 y 1998 era de casi 14 casos por cada 100.000 habitantes, ha descendido en 1999 a 11,2 casos por 100.000. Los casos nuevos en los últimos 5 años están en torno a los 22.000 por año. Está aumentado el número de mujeres con VIH. En 1985 por cada mujer con VIH había 25 hombres. Actualmente hay dos hombres por cada mujer². El SIDA se ha convertido en la primera causa de muerte para las mujeres en el grupo de entre 15-49 años: 2.413 en 1999 contra 2.165 por cáncer de mama, 2.041 por infarto de miocardio y 1.589 por ictus³. El rápido aumento de la infección en las mujeres y el elevado índice de mortalidad constituyen un motivo de preocupación para las

autoridades sanitarias. La razón del crecimiento de la infección podría atribuirse al “machismo”, que hace difícil a la mujer exigir el uso del profiláctico a su compañero³. Muchas mujeres, en especial madres de familia, serían castas “Penélopes”, obligadas a satisfacer las exigencias de los maridos disolutos, como Ulises a la vuelta de la guerra de Troya y, como él, propicios a ceder a los encantos de Circe y a las canciones de las sirenas. Considerando la mayor vulnerabilidad del aparato genital femenino, mucho menos protegido que el masculino, incluso en función de su estructura anatómica, las mujeres están más expuestas que el hombre a contraer la infección, y desarrollan el cuadro clínico con mayor rapidez. Es lógico que, en consecuencia de todo ello, el programa anti-Sida de Río de Janeiro proponga distribuir preservativos femeninos.

Y, siempre en Río de Janeiro, *Médecins sans Frontières*, ha iniciado en 1999 un proyecto de distribución de preservativos en los *bairros* de Pavuna y Acari, en la pobre y deprimida zona norte de la ciudad. Aquí, la prevalencia de la infección es de 200 casos por 100.000 habitantes, contra una media en la ciudad de 30 casos por 100.000. La distribución de preservativos alcanza una media de 20 unidades al mes, y son proporcionados por el Ministerio de Sanidad. El reparo de preservativos no se limita a los travestidos y las prostitutas, sino que alcanza también a los heterosexuales⁴.

A su vez, el Ministerio de Sanidad, ha lanzado para el año 2001 la “*campanha Dst 2001*” (Campaña de las enfermedades de transmisión sexual 2001) con los siguientes objetivos:

1. hacer conocer al público los síntomas de las ETS (verrugas, ulceraciones, secreciones);
2. procurar que los afectados consulten con un profesional ó en un servicio sanitario para su tratamiento;
3. convencer a las personas para que usen el preservativo como forma de prevención de las ETS.

El público objeto del programa se dividió en tres segmentos:

- portadores de ETS que identifican sus signos o síntomas (público 1: prioritariamente hombres entre 20 y 45 años)
- portadores de ETS pero completamente desconocedores, sea por no presentar síntomas ó por no asociarlos a la posible patología (público 2: preferentemente mujeres entre 18 y 35 años);
- médicos, agentes comunitarios, farmacéuticos: para ellos ya se habían preparado y aprobado estrategias de comunicación, a fin de sensibilizarlos frente al problema, el año anterior.

Por lo que se refiere al mensaje, se estableció que los medios de comunicación de masas (Tv., radio, etc.), deberían divulgar:

- para los hombres: que las ETS aumentan 18 veces el riesgo de infección por VIH, comprometen la capacidad sexual, pueden producir un cáncer de pene y provocar esterilidad. Que los papilomas, ulceraciones, secreciones genitales pueden ser signos de una ETS. Sífilis, gonorrea, hepatitis B y C, clamidia y Sida, son todas ETS, es decir, son transmitidas sobre todo por las relaciones sexuales. Consultar siempre a un médico y no curarse en las farmacias. Prevenir las ETS equivale al prevenir el Sida: usar el preservativo.
- Para las mujeres: que las ETS aumentan 18 veces el riesgo de infección por el VIH; pueden producir un cáncer de cuello de útero, esterilidad, aborto,

malformaciones congénitas e incluso la muerte por enfermedad inflamatoria pélvica. Prevenir las ETS equivale a prevenir el Sida: usar el preservativo⁵.

DISTRIBUCIÓN DE LA INFECCIÓN VIH EN BRASIL

La prevalencia de la infección VIH en el año 2000, según los datos disponibles⁶, estaba en un 2,67% sobre 19.467 personas examinadas en el norte del país y en el 9,75% sobre 77.706 en el sur.

Con relación al sexo: 10,98% positivos sobre 72.315 hombres, contra 4,46% sobre 137.066 mujeres y 1,88% entre 61.675 gestantes examinadas.

En el Noreste la positividad era del 6,25% sobre 14.903 hombres examinados. En los tres Estados del Sur, los hombres positivos eran 18,80% entre 19.941 examinados.

En cuanto a las mujeres, 1,95% de positividad sobre 9.672 exámenes en el Norte y un 8,07% entre 39.957 examinadas en el Sur.

Las gestantes presentaban un mínimo de 0,28% sobre 6.354 examinadas en el Norte y un máximo de 3,80% entre 18.308 exámenes en el Sur.

Considerando separadamente los tres Estados del Sur: Paraná, Santa Catalina y Río Grande del Sur encontramos: para los hombres, sobre un porcentaje global del 10,98% en la totalidad del país, Paraná concentra un 12,42% de positivos sobre 7.626 examinados; Santa Catalina 17,83% positivos sobre 6.420 examinados; Río Grande del Sur, 28,97% positivos sobre 5.395 examinados.

Para las mujeres, sobre una positividad global del 4,46% del país, la distribución en los tres Estados del Sur es la siguiente: Paraná, 7,06% sobre 9.624 exámenes; Santa Catalina, 6,18% sobre 17.487 exámenes, y Río Grande del Sur, 8,07% sobre 39.957 exámenes.

Con respecto a las embarazadas: sobre una positividad global del 1,88% en el país, encontramos en Paraná 2,24% sobre 2.362 exámenes; Santa Catalina, 2,55% sobre 10.400 exámenes, y Río Grande del Sur, 6,80% sobre 5.546 exámenes.

De los datos transcritos resulta que el Sur, y en particular Río Grande del Sur, concentra los porcentajes más altos de infección por VIH. El Sur es, sin duda, más rico, más desarrollado, más urbanizado, más sensible a los problemas sanitarios que el Norte y el Noreste. Pero esto no explica cómo Estados igualmente desarrollados y urbanizados, como Sao Paulo, Río de Janeiro, Minas Gerais, Espirito Santo, presenten porcentajes decididamente inferiores, tanto globalmente como referidos al género y a las embarazadas, respecto a los tres Estados del Sur. ¿Puede ser que el conocimiento del riesgo ha conducido a un mayor control sobre el comportamiento sexual y ha generalizado el uso del preservativo y/o a la abstinencia en mayor medida en los cuatro Estados del Sureste, respecto a los tres del Sur?

LA TERAPIA ANTI-RETROVIRAL

El programa del Gobierno de tratamiento anti-retroviral comenzó en los primeros años 90 mediante la distribución de AZT. En diciembre de 1996 se añadieron a los anti-retrovirales los inhibidores de la proteasa. La distribución de medicamentos es libre,

gratuita y universal y los resultados, en términos de reducción de la morbilidad y mortalidad, han sido decididamente favorables. Brasil dispone actualmente de 424 unidades de distribución, con un máximo de 129 en Sao Paulo y 95 en Río de Janeiro y un mínimo de 1 en Amazonia, Acre, Roraima, Amapá, Aíagoas y Piauí, es decir en el extremo Norte y parte el Noreste.

Previa a la instalación de una unidad de distribución, ha sido la puesta a punto, por parte del Ministerio de Sanidad, de una red de laboratorios para el recuento de los CD4+ y CD8+ y la determinación de la carga viral de los pacientes. Existe, además 362 hospitales habilitados para el tratamiento de los enfermos de VIH/Sida y patologías oportunistas y 69 *day-hospital*; 52 proyectos de tratamiento a domicilio y 148 servicios de tratamiento especializado. También en este terreno la concentración mayor es, obviamente, en los Estados del Sur, donde existe la mayor incidencia de la infección. Están previstos, para el año en curso, 422.000 exámenes de carga viral, y otros tantos del contagio por el CD4+, con un costo evaluado en unos 18 millones de dólares (costo unitario de 15 dólares para el test CD4+ y 29 dólares para el de carga viral)⁷.

La producción de anti-retrovirales en Brasil comenzó en 1993 con el AZT. Actualmente se producen 12 fármacos: 5 análogos nucleósidos inhibidores de la transcriptasa; 3 análogos no nucleósidos y 4 inhibidores de la proteasa, en 25 presentaciones farmacéuticas. La producción se realiza en 6 laboratorios públicos, de los cuales el FarManguinhos de la Fiocruz, en Río de Janeiro elabora el 40% de los anti-retrovirales. El control de calidad y el test de bio-equivalencia garantizan la correspondencia de los productos con los estándar internacionales.

Además de los anti-retrovirales se distribuyen también los medicamentos para la profilaxis y el tratamiento de las infecciones oportunistas. La distribución de estos últimos está a cargo de los estados y los municipios, mientras que la de anti-retrovirales es competencia del Gobierno federal.

La terapia anti-retroviral está indicada en todos los pacientes sintomáticos, en los asintomáticos con exámenes de laboratorio significativos y en todas las embarazadas. Actualmente están en tratamiento 95.000 pacientes: 95% adultos y adolescentes y 5% menores de 13 años. En enero de 1997 los pacientes en tratamiento eran 23.000⁸. Los beneficios del tratamiento son significativos: supervivencia más amplia, reducción de las infecciones oportunistas favorecida igualmente por la quimioprofilaxis, reducción de los ingresos hospitalarios y también reducción del costo y de la mortalidad por Sida. La mortalidad, que en 1995 era del 12,2 por 100.000 ha disminuido hasta el 6,3 por 100.000 en 1999, con una reducción del 48,3%, reducción que presenta porcentajes aún mayores en Sao Paulo (54%) y Río de Janeiro (73%), ciudades que concentran el 31% de los casos de Sida del país. Hay que añadir todavía una disminución del 60-80% de las patologías oportunistas: citomegalovirus, Kaposi, herpes, linfomas, criptococosis, TBC, etc⁸. Disminución que debe atribuirse a la reactivación inmunológica parcial inducida por la terapia y que se evidencia por el aumento del CD4+ en los pacientes, desde un valor medio de 244 células por mm³, al comienzo del tratamiento a 372 células por mm³ al cabo de 18 meses.

La mejoría de las condiciones físicas y psicológicas permite a los pacientes una mejor calidad de vida y que los económicamente activos se mantengan productivos, sin

constituir una carga para los sistemas de previsión mutua. La aceptación del tratamiento por los pacientes, fundamentalmente por los buenos resultados obtenidos, aunque a veces limitada habida cuenta del bajo nivel cultural de muchos de ellos, es sin embargo considerada satisfactoria (69%) si bien todavía por debajo de la deseable y puede considerarse dentro de la media de la de Londres (75%), Baltimore (60%) ó San Francisco (78%)⁸.

El gasto gubernamental por los anti-retrovirales ha alcanzado los 303 millones de dólares en 2000 y se calcula en 422 millones para 2001. Estas cifras representan un 2,84% del presupuesto para sanidad en 2000 y un 2,92 % para 2001. La producción de anti-retrovirales ha significado un notable ahorro, que en el año 2001 se ha calculado en 490 millones de dólares. En el año 2000, el 57% de los anti-retrovirales era de producción nacional, representando el 44% del gasto, y el 43% de origen multinacional, lo que equivale al 56% del costo.

Gracias al éxito obtenido en la producción de medicamentos, Brasil ha ofrecido el *know-how* a los Países en vía de desarrollo, particularmente a los africanos, en la XIII Conferencia Internacional sobre el Sida, en julio de 2000, en Durban. Esto ha conseguido que algunos países, como Sudáfrica y Uganda se mostrasen interesados por la tecnología brasileña y otros, como Chile, Burkina Faso, Barbados y Guatemala se declarasen interesados por la adquisición de los medicamentos⁸.

LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH Y LA POSICIÓN DE LA IGLESIA CATÓLICA

Como ya hemos visto, la insistencia mayor, casi exclusiva, se da respecto a la “*camisinha*” (preservativo), sea masculino o femenino. Sólo de paso se señalan los comportamientos de riesgo: promiscuidad, intercambio de jeringuillas, etc.

Es natural que en un contexto cultural típicamente “machista”, como es el sudamericano, pueda parecer ocioso hablar de castidad, fidelidad, renuncia a las relaciones ocasionales, etc. Este aspecto, naturalmente, se refleja en los consejos sobre prevención vehiculados por los órganos oficiales a través de múltiples canales, y no los últimos los *masa media*.

Naturalmente, la recomendación casi exclusiva del preservativo se enfrenta a las enseñanzas de la Iglesia Católica. Durante un cierto tiempo, parecía que la Iglesia, al menos la brasileña, se hubiese resignado a la propaganda acerca del uso del preservativo, propaganda también vehiculada por las ONG,s que se ocupan de la enfermedad del Sida. De las dos funciones relacionadas con el preservativo, (la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la evitación de embarazos), la Iglesia, naturalmente, rechaza la anticonceptiva, aunque se trate de parejas uno de cuyos miembros está enfermo de Sida. Esta posición favorece la transmisión vertical con todo el dramatismo y los problemas que representa un niño con VIH.

La visión del enfermo, por lo general una persona joven, casi adolescente en fase terminal, no puede dejar de sacudir la conciencia. Como no puede dejar de sacudirla un niño víctima de la transmisión vertical y sometido a un tratamiento que ocasiona graves fenómenos de intolerancia

El 7 de noviembre de 2000 se abrió en Río de Janeiro el Foro sobre Sida en América Latina y el Caribe. Peter Piot, Director ejecutivo del programa de las Naciones Unidas

para el Sida, acusó a la Iglesia de hacer una “contrapropaganda” al uso del preservativo. El coordinador del programa nacional nacional Dst, Paulo Teixeira, aunque observando que algunos representantes de la Iglesia brasileña se habían pronunciado contra el uso del preservativo, hacía notar que, en general, había encontrado un gran apoyo⁹.

El 15 de diciembre de 2000, el Cardenal Dom Eugenio Sales, arzobispo de Río de Janeiro, se apoyaba en la Jornada Mundial del Sida, celebrada el 1º de diciembre, para denunciar la gravedad de la situación y el inmovilismo de los métodos de lucha contra la epidemia. Defendía a la Iglesia de las acusaciones formuladas en el Foro respecto a la condena del preservativo como único medio de conseguir sexo seguro. Hacía notar que mientras se proponga el preservativo como único modo de impedir el avance de la epidemia, ésta avanzará en todo el mundo⁹.

Los médicos que trabajan en el campo de la Medicina preventiva, en los Servicios de Dermatología y Venereología, en los servicios de hospitalización de los pacientes con Sida y en los *day-hospital*, recomiendan el uso del preservativo como el medio más seguro de defensa contra el VIH y las ETS. Esta orientación está presente incluso en los ambulatorios de las Facultades de Medicina católicas. A su vez, los sacerdotes con cura de almas muestran tolerancia con referencia al uso del preservativo como medio profiláctico, si bien están lejos de recomendar su uso desde el púlpito. La visión del enfermo, por lo general una persona joven, casi adolescente en fase terminal, no puede dejar de sacudir la conciencia.

Como no puede dejar de sacudirla un niño víctima de la transmisión vertical y sometido a un tratamiento que ocasiona graves fenómenos de intolerancia. Niño, con mucha frecuencia abocado a morir antes de la pubertad y cuya existencia ha sido una sucesión de tormentos y enfermedades.

Es bien conocido que el preservativo no asegura un 100% de protección: se considera que alcanza un 80 a 90%. Además es un hecho que, en Brasil, no es demasiado empleado, sea por causa de su costo, sea por causa de un omnipresente y difuso “machismo”. El porcentaje de su uso, según los índices recogidos en algunas capitales y grandes ciudades, oscila entre un 15 y un 40%⁹.

En el campo social la epidemia VIH/Sida ha propiciado una creciente colaboración entre las iniciativas gubernamentales y los movimientos comunitarios. Data de 1985, en Sao Paulo, la primera ONG – Grupo de apoyo y Prevención Sida (Gapa), que tiene como finalidad la lucha contra la discriminación. También en Sao Paulo, durante el gobierno de Franco Monitoro (1983-87) se constituyó el Centro de Referencia y Formación sobre el Sida (CRTA), que, además de promover campañas de prevención, desarrolla un trabajo comunitario (*outreach*). Y también nace el Grupo de Apoyo a la Vida (GIV), grupo de autoayuda para enfermos de Sida y portadores del VIH

Hemos de recordar aún las iniciativas comunitarias dirigidas en Río de Janeiro por Herbert de Souza-Betinho, hemofílico y enfermo de Sida, y por Herbert Daniel. Los dos, junto a investigadores de la Fundación Oswaldo Cruz, al criminólogo Nilo Batista, al periodista Luiz Lobo, al obispo Mauro Morelli y otros, fundaron el 21 de diciembre de 1986 la Asociación Brasileña interdisciplinaria del Sida (ABIA) que, por la seriedad de sus objetivos, recibió el apoyo financiero de la Fundación Ford. En 1989, Herbert Daniel fundó con otros el Grupo de Revaloración, Integración y Dignidad del enfermo

de Sida (Grupo por la VIDDA), que ha permitido al enfermo hablar por sí mismo sin necesidad de recurrir a terceras personas. VIDDA, ABIA, GAPA, presentaron al Banco Mundial un proyecto de control de las ETS y el Sida en Brasil, con dos objetivos:

- a) reducir la incidencia de la transmisión de las ETS y del VIH;
- b) potenciar las instituciones públicas y privadas que trabajan para el control de VIH y Sida.

El proyecto, aprobado por el Banco Mundial, ha reunido 250 millones de dólares, de los cuales, 160 como préstamos del BIRD y 90 como contraparte del Gobierno brasileño.

No es dudoso que la sociedad civil ha tomado consciencia del problema y pone por obra una serie de iniciativas orientadas a frenar la epidemia y a educar a las personas expuestas a la práctica de un sexo que dé garantías de seguridad. Podemos solamente desearles perseverancia y amplio éxito.

REFERENCIAS

1. National Drug Policy, February 2001.
2. Folha de S. Paulo, 26.04.01.
3. Istoè 1643 del 28.03.01.
4. Folha de S. Palo 25.04.01.
5. Campanha Dst 2001.
6. CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento.
7. National Drug Policy, February 2001.
8. CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento.
9. Internet.

11. Una transfusión (bastante) segura: ¿Un lujo inalcanzable en África?

Massimo La Raja

Especialista en Enfermedades Infecciosas
Hospital de Vercelli

- Mientras que los países ricos se preparan para la puesta a punto de un test de biología molecular sobre muestras de sangre del propio donante a fin de anular los riesgos transfusionales, en el mundo del Sur las transfusiones seguras son un lujo inalcanzable. Mientras tanto, en pleno auge de la globalización, es noticia de nuestros días que Sudáfrica ha autorizado para uso humano, aunque limitado al ámbito quirúrgico, un sustituto de la sangre, obtenido de la hemoglobina bovina, producido por una industria norteamericana. El uso de productos análogos está autorizado, en Estados Unidos y en Europa, pero sólo en los perros.

UN PACIENTE MEMORABLE

En un número reciente del BMJ, bajo el título “un paciente memorable” se ha publicado el testimonio de un pediatra y su primera experiencia en África¹. La historia finaliza con el médico expatriado ligado, a pesar suyo y por primera vez, a un dispositivo para donación de sangre, aunque todo lo que sucede antes es un *deja-vu* para alguien que ha trabajado en un hospital africano durante los últimos 20 años. La anemia grave causada por el paludismo es una importante concausa de muerte para los niños del África sud-Sahariana. Hasta una cuarta parte de los niños hospitalizados en áreas de fuerte incidencia de transmisión presenta una situación de anemia grave (<5 gr. de hemoglobina-Hb por dl. de sangre), y de ellos, el 30% muere en las primeras 8 semanas de su ingreso².

En esta situación, entre el 50 y el 75% de las unidades transfundidas en los hospitales están destinadas a niños menores de 5 años³, de las cuales, más de la mitad se realizan en niños de menos de 12 meses de edad⁴. Otro 10 a 40% de pacientes transfundidos son mujeres embarazada ó púerperas³.

La prevalencia de la infección por VIH en la población adulta (reserva potencial de donantes) varía, como se sabe, entre un 5 y un 30%.

Estos son datos ciertos, pero no acompañados de estimaciones epidemiológicas tan bien documentadas referidas al impacto de las transfusiones contaminadas en África, y en la vorágine de los números este vacío es significativo. En el año 1990 se calculaba que el 10% de las infecciones por VIH en África sub-Sahariana debía ser atribuida a transfusiones con sangre infectada⁵. A pesar del aumento de la disponibilidad de medios diagnósticos, los datos más recientes parecen confirmar las informaciones precedentes con picos de hasta un 25% en la población en edad pediátrica⁷. Lo cierto es que se sabe demasiado poco y esto es un motivo más para llamar la atención de los trabajadores sanitarios sobre esta trágica y evitable contribución a la pandemia.

Para reducir la transmisión del VIH por medio de la sangre, le estrategia unánimemente reconocida comprende tres componentes:

- reducción de las transfusiones inadecuadas;
- selección de donantes de bajo riesgo;
- tests serológicos fiables.

QUÉ Y CUANDO TRANSFUNDIR

Si la afirmación de que “la mejor transfusión es la que se evita” concita el acuerdo de casi todo el mundo, más difícil es definir los criterios clínicos exactos de las indicaciones de una transfusión. Incluso en un medio tecnológicamente opulento, como el norteamericano se ha señalado que “la falta de estudios randomizados adecuados (...) y de medidas ciertas de resultados (...) impiden el desarrollo de protocolos para la terapia transfusional basados en la evidencia”⁸. En la duda, cerca de 22 millones de unidades de hemoderivados se transfunden cada año en Estados Unidos y más de 50 millones en el resto del mundo.

En general, en los países ricos, los protocolos corrientemente empleados, basados *evidentemente* en el buen sentido y/o en la *medicina defensiva*, señalan por debajo de los 8 gr. de Hb. por decilitro (*range* 6-10, según las características clínicas del paciente), el umbral razonable (*trigger*) de intervención transfusional en condiciones de normovolemia⁸. En África, la dificultad endémica de aprovisionamiento de sangre “segura” constituye verosimilmente uno de los motivos que han obligado a aceptar umbrales de decisión extremos, por lo menos en lo que se refiere a las anemias pediátricas graves. La transfusión de sangre está considerada, por lo general, justificada y útil, en términos de supervivencia, en presencia de una tasa de 5 gr./dl. asociado a distrés respiratorio (*Relative risk 0,52*)^{2,9}, ó de hematocrito inferior a un 15%, siempre asociado a signos de compromiso cardio-respiratorio¹⁰.

En esta situación, la transfusión de sangre no solamente está indicada, sino que, para ser útil, debe ser extremadamente urgente, ya que en casi la tercera parte de los casos, la crisis es fatal dentro de las primeras 24 horas de la hospitalización^{11,12}. Por el contrario, en condiciones de anemia grave, pero clínicamente estabilizada, los riesgos asociados a la transfusión no parecen justificados^{9,13}, y éstos son también las conclusiones de una reciente *review* de los expertos de la *Cochrane library*¹⁴. En estos casos, el tratamiento etiológico, eventualmente asociado a la corrección de las condiciones asociadas (hipoglucemia, deshidratación, descompensación cardiaca) sigue siendo la actuación más adecuada².

Por otra parte, también hay que señalar que en estudios muy detallados^{4,10,11}, no debe nunca dejar de realizarse una transfusión con un hematocrito inferior al 12% (correspondiente a un hematocrito de aproximadamente de 4 gr./dl. de hemoglobina), incluso en ausencia de sintomatología respiratoria declarada, y esto por obvios motivos éticos y de buen sentido. Un problema sobreentendido de este tipo de protocolos es que, guiarse solamente por los valores de laboratorio, podría conducir a realización de transfusiones inapropiadas, y también a no hacerlas cuando están realmente indicadas. Hay que subrayar, en efecto, que la determinación de la concentración de hemoglobina mediante los métodos colorimétricos *tradicionales*, donde estén disponibles, es a

menudo no fiable, en ambientes en los cuales el aprovisionamiento de reactivos, la manutención y el control de calidad son precarios. En esta situación, es eventualmente preferible elegir tecnologías simples, económicas y suficientemente válidos para determinar la concentración de hemoglobina. Entre ellos, la *Hemoglobin Colour Scale*, propuesta recientemente por la OMS¹⁵ y que parece prometedora, aunque en estos casos es más bien difícil considerarla como único instrumento para basar un *estrategia* transfusional.

Hasta el 25% de las unidades de transfusión en África no están aún sometidas a control respecto al VIH

La valoración clínica de la anemia grave en los niños¹⁶ es, en particular, y como antes se dijo, la comprobación de su estado de distress respiratorio¹⁷ y proporcionan argumentos clínicos decisivos, y su reconocimiento merece la debida atención en los programas de formación continua del personal sanitario, como ya sucede, por ejemplo, en el enfoque IMCH (*Integrated management for child health*). Según algunas observaciones recientes el estado de distress respiratorio, que representa por sí sólo el más importante indicador de riesgo de muerte, en el curso de la anemia grave por paludismo, sería consecuencia del estado de acidosis metabólica, asociada, por lo común, con hipovolemia, y no tanto la manifestación de una incipiente descompensación cardíaca^{18,19}. Estas observaciones, de confirmarse, refuerzan lo racional de un tratamiento transfusional inmediato, que tendría el doble efecto de mejorar la oxigenación tisular y restablecer el volumen hemático, corrigiendo, en consecuencia, el estado de acidosis^{10,17}.

NO SOLO TEST

A partir del final de los años 80, la disponibilidad de tests *rápidos* suficientemente sencillos y económicos para la detección de los donantes sero-positivos para el VIH, representó un alivio para los trabajadores y una contribución fundamental para mejorar las condiciones de seguridad transfusional, fundamental (pero no solamente) en los puestos sanitarios más periféricos y aislados. Lo que una docena de años antes no podía pensarse es que, entrando en el nuevo milenio, los tests no estuviesen aún universalmente disponibles. Según fuentes autorizadas, hasta el 25% de las unidades de transfusión en África no están aún sometidas a control respecto al VIH²⁰. También en este caso faltan datos y cifras documentadas; sólo algunos casos esporádicos (verdaderos ó presuntos) de falta de utilización del test serológico han llamado la atención de los medios de información, evidenciando por otra parte el impacto devastador que este tipo de revelaciones tienen sobre la opinión pública y sobre la credibilidad de los servicios sanitarios en su conjunto²¹.

Aunque el test para la determinación de anticuerpos contra el virus del Sida debe representar una ayuda irrenunciable, no puede considerarse por sí sólo un medio suficiente para la investigación aceptable de la sangre infectada por VIH y esto por dos motivos:

- la ampliación del impacto de la “fase ventana” en poblaciones con amplia incidencia de la infección;
- la posible menor fiabilidad de los tests serológicos en “*field conditions*”

Por lo que se refiere a la frecuencia del fenómeno “*fase ventana*” (sero-negatividad en las primeras semanas de la infección) es fácil calcular que realizar transfusiones

obtenida de una población de donantes adultos no seleccionados en áreas de alta incidencia conduce a estimar que habrá aproximadamente una unidad de sangre infectada “serológicamente negativa” de cada 100^{22,23}. A título de ejemplo, este riesgo es más de 10 veces superior al que se hubiera encontrado en Italia si se emplease para la transfusión sangre de donantes ocasionales, una unidad no analizada, hecho que originaría años de cárcel además del linchamiento por parte de la opinión pública.

En los Países en vía de desarrollo, la escasez de donantes voluntarios regulares apoya la práctica, muy difundida, de reclutar donantes entre los parientes, verdaderos ó supuestos, del hospitalizado (los considerados *sentimental donors*), con lo que se aumenta la probabilidad de encontrar sujetos infectados con respecto a la población general³. Por ello no es secundario seleccionar y motivar donantes regulares, no remunerados y de bajo riesgo, activando campañas de promoción y de *counselling*, activando instrumentos de información y de auto-exclusión adecuados²⁴. Una potencial población de donantes voluntarios, en las ciudades, con características óptimas, está representada por los estudiantes de las escuelas secundarias²⁵.

Debemos contribuir, también en términos de recursos, a dar respuestas serias ante todo a la necesidad de medidas preventivas eficaces sobre las causas de anemias graves en los países pobres y a la demanda de sangre más segura

El segundo motivo para no fiarse ciegamente de los resultados del test es la posibilidad, en ausencia de un adecuado sistema de control de calidad interna, de encontrarse en un *kit de screening* con resultados, en el terreno, sensiblemente inferiores a las que, generalmente buenas, declaran las firmas productoras²⁶. Las causas, a menudo, se pueden remitir a condiciones de transporte y conservación poco controladas o controlables. Estas observaciones no deben llevar a desacreditar los tests rápidos, sino más bien a llamar la atención respecto a la necesidad de utilizar sistemas de verificación externa sobre la calidad de los tests serológicos, los servicios generales ofrecidos por los bancos centrales o de institutos cualificados.

CONCLUSIONES

Cuando se estudia el problema de la transfusión es frecuente encontrarse tras los testimonios de la realidad africana actual, (los que, para entenderse, tienen siempre el brazo ofrecido para la donación) un soterrado pudor para denunciar en qué cuantía está lejano un standard de seguridad aceptable con relación a la transmisión del VIH, y esto para no hablar del virus de la hepatitis B y C que, con algunas ilustres y aisladas excepciones, tampoco son despistados. ¿Una transfusión (bastante) segura es un lujo inalcanzable para un niño africano que haya tenido acceso (otro lujo) a un servicio sanitario?

.Tendríamos deseo de decir que nó si no fuese por el hecho de que, por poner un ejemplo, precisamente en estos años los países ricos se han estado preparando (algunos lo han hecho ya) para la introducción del test de biología molecular sobre muestras de sangre del propio donante (aparte del serológico ya utilizado) ; esto con la finalidad de reducir ulteriormente el peligro de transmisión del HCV. Solamente ésto comportaría un gasto adicional, cada año, que puede calcularse globalmente en centenares de millones de dólares. Si aceptamos que el riesgo de transmisión HCV se calcula en un caso cada

100.000 unidades de hemoderivados y que la infección por HCV origina una patología lentamente progresiva (en decenios) en una minoría de pacientes, podríamos afirmar que las actuales nuevas estrategias –y gasto- garantizan un aumento de cantidad y/o calidad de vida a ninguno de los millones de pacientes adultos y ancianos que representan la mayor parte de los que reciben transfusiones en Europa y América del Norte. Es de supuestos paradójicos como éste de los que debemos partir para contribuir, también en términos de recursos, para dar respuestas serias ante todo a la necesidad de medidas preventivas sobre las causas de anemias graves en los países pobres y, sobre otro plano, a la demanda de sangre más segura. En los últimos años, el apoyo a los programas de *safe blood* ha sido ofrecido, con una distribución a voleo en África por las principales agencias de ayuda internacional, incluídas EU, USAID, Banco Mundial, y también muchas otras entre ellas la Chevron (aquella de la gasolina) en Cabinda (Angola).

Los programas deben crecer y descentralizarse para permitir así un más equitativo acceso y costes más bajos de la gestión, además de integrarse en programas curativos y preventivos en sinergia con las realidades que existen sobre el terreno.

Estos proyectos, caracterizados sobre todo por el refuerzo de los bancos de sangre centrales y de los mayores hospitales son, por lo general aceptables por las contrapartes institucionales, extremadamente *cost-effective* en términos de prevención del Sida²⁷, de gestión y control relativamente simples, y, no en último lugar, de resultados fácilmente documentables. Está claro que, para ser suficientemente eficaces, los programas deben crecer y descentralizarse para permitir así un más equitativo acceso y costes más bajos de la gestión²⁸, además de integrarse en programas curativos y preventivos (Roll Back Malaria y Safe Motherhood *in primis*), en sinergia con las realidades que existen sobre el terreno.

Entretanto, en pleno espíritu de globalización, es noticia de estos días que Sudáfrica ha utilizado para el uso humano, aunque limitado al ámbito quirúrgico, de un sustitutivo de la sangre obtenido de la hemoglobina bovina, producido por una industria norteamericana²⁹. El uso de productos similares está autorizado en Estados Unidos y en Europa, pero sólo para su empleo en perros. Mientras en Europa miramos con sospecha la carne que nuestro bienestar nos permite tener en el plato, es lícito preguntarse cuál sea el motivo que ha llevado a la autoridad sanitaria sudafricana a anticiparse a otros países en la utilización de sustitutos industriales de sangre de origen bovino. La amarga realidad es que, en estos momentos, en África, la disponibilidad de una transfusión de sangre humana “segura” es tan escasa, que hace evidentemente aceptables las alternativas llenas de incógnitas biológicas, para no hablar de las implicaciones económicas y comerciales.

Es hermoso pensar que la OMS, que había situado el *safe blood* entre sus programas prioritarios, también en razón de que, aunque en los países pobres los tratamientos mediante transfusiones no son económicamente sostenibles³⁰, recurre a una medida sin duda esencial y no disponible aún en los mercados internacionales. La sangre y sus derivados, durante muchos años, dependerán de la generosidad de todos y cada uno, y sobre todo del prójimo (entendido como la persona que está próxima a quien tiene necesidad), siendo así un recurso íntimamente relacionado con los valores compartidos de la comunidad. Por ello el lema “*safe blood starts with me*”, que ha saludado el Día

Mundial de la Salud en muchos países africanos³¹ dice más y a muchos más de lo que pudiera parecer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young M., *For a want bag of blood*, BMJ 2000; 320-365
2. Lackritz E.M. et al. *Longitudinal evaluation of severely anemic children in Kenya: the effect of transfusión on mortality and hematologic recovery*, Aids 1997; 11(12): 1487-94
3. Fransen L., *Safety of blood and blood products: an additional burden for the health sector facing Hiv-Aids*, (In: Confronting Aids: evidence from the developing world), European Commission.
4. Shellemberg D. et al., *African children with severe malaria in an area of intense Plasmodium Falciparum transmission: features on admission to the hospital and risk factor deaths*, Am J Trop Med Hyg 1999; 61(3):431-8.
5. Piot P. et al., *The global epidemiology of Hiv infection: continuity heterogeneity and change*, Journal of acquired immunodeficiency syndrome 1990; 3:403-412.
6. *Blood safety for too few*, Who Press Release Who/25,7. April 2000.
7. McFarland W. et al., *Deferral of blood donors with risk factors for Hiv infection save life and money in Zimbabwe*, Journal of acquired immunodeficiency syndrome and human retrovirology 1995, 9(2): 183-192.
8. American Society of Anesthesiologists, *Practice Guidelines for Blood Component Therapy*. Anesthesiology 1994; 84(3): 732-747.
9. Lackritz E.M. et al., *Effect of blood transfusion on survival among children in a Kenyan Hospital*, Lancet 1992; 340 (8618): 524-528.
10. Bojang K.A. et al., *Management of severe malaria anaemia in Gambian children*, Transactions of the royal society of tropical medicine and Hygiene 1997; 91(5); 557-61.
11. Bojang K.A. et al., *Predictors of mortality in Gambian children with severe malaria anaemia*. Ann Trop Pediatr 1997; 17(4); 355-59.
12. English M., *Life-threatening severe malaria anaemia*, Transactions of the royal society of tropical medicine and Hygiene 2000; 94:585-588.
13. Republic of Uganda, *Aids Control Programme MoH. Indications for blood transfusion in Uganda*, Entebbe; Health Education Printing Unit 1989.
14. Mremikwu M., Smith H.J., *Blood transfusion for treating malaria anaemia (Cochrane Review)*, In: the Cochrane library, 1,2001.
15. Stoff G.J. et al., *A simple and reliable method for estimating haemoglobin*, Bull World Health Org 1995; 73(3):369-73.
16. Luby S.P. et al., *Using clinical signs to diagnose malaria anaemia in African children*, Bull World Health Org 1995;73(4):477-82.
17. English M. et al., *Transfusion for respiratory distress in life threatening childhood malaria*, Am J Trop Med Hyg. 1996;55(5):525-530.
18. Marsh K. et al., *Indicators of life threatening malaria in African children*, N Eng J Med 1995; 332:1399-404.
19. English M. et al., *Deep breathing in children with severe malaria indicator of metabolic acidosis and poor outcome*, Am J Trop Med Hyg. 1996;55(5):521-524.
20. *25% des poches de sang transfusé en Afrique non testées*, Panafrican News Agency (Dakar), April 3,2001 (allAfrica.com).
21. *Untested blood alarms Kenya lab body*, The Nation: June 13 1998.
22. Obonyo C. et al., *Blood transfusion for severe malaria-related anaemia: a decision analysis*, Am J Trop Med Hyg (1998;59(5):808-15.
23. Savarit D. et al., *Risk of Hiv infection from transfusion with blood negative for Hiv antibody in a west African city*, BMJ 1992;305(6852):498-502.
24. Mc Farland W. et al. *Deferral of blood donors saves lives and money in Zimbabwe*. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirology 1995; 9(2):183-02
25. Jacobs B. et al., *Secondary school students: a safer blood donors population in an urban area with high Hiv seroprevalence in east Africa*, East Afr Med. 1994, 71(11): 720-3.
26. Consten E.C. et al., *Risk of iatrogenic Hiv infection through transfusion of blood tested by inappropriately stored or expired rapid antibody assays in a Zambian hospital*, Transfusion 1997;37(9):930-4.
27. Mc Farland W., *Epidemiology of prevention of transfusion associated Hiv transmission in sub-Saharan Africa*, Vox Sang 1997; 72:85-92
28. Jacobs B., Mercer, *Feasibility of hospital based blood banking: a Tanzanian case study*, Health Policy and planning 1999; 24(4):354-362.

29. *S. Africa approves "artificial blood" use*, Bbc News, 11 April 2001.
30. Hensher M., Jefferys E., *Financing blood transfusion services in sub-Saharan Africa: a role for users' fees?*, Health Policy and Planning 1999; 15(3):287-295.
31. *Please give blood*, New Vision (Kampala), April 7 2000.

12. La prevención de la transmisión vertical del virus VIH

Marzia Francetti

Pediatra. Especialista en Enfermedades infecciosas
Academia Hospitalaria de Padua.

- **¿Qué factores provocan y favorecen la transmisión durante el embarazo y durante el trabajo de parto? ¿Qué medidas están actualmente disponibles para controlar el fenómeno, cuando se tienen “recursos limitados”?**

INTRODUCCIÓN

Entre los aspectos más dramáticos de la tragedia causada por la pandemia de VIH-Sida es el de la posible transmisión de la infección de la madre al hijo.

En los países pobres del Sur del mundo reside aproximadamente en 90% de la población infectada por el VIH. Entre ellos, un 50% ó más son mujeres en edad fértil: según el cálculo del Unaid, en el año 2000 existirían en el mundo cerca de 14 millones de mujeres VIH positivas, con posibilidad de ser madres¹.

Los bebés nacidos infectados ó que se contagian precozmente a través de la lactancia materna tienen un riesgo mayor que los adultos de desarrollar la enfermedad en breve tiempo: cerca de un 30% tienen ya un Sida declarado en el curso de su primer año de vida, el 85% desarrollará la enfermedad durante los primeros 4 años. El 90% muere antes de los 5 años². Es claro que todo esto puede representar una gravosa repercusión en las cifras de mortalidad infantil durante los primeros 5 años de vida en muchos Países pobres.

Pero el riesgo de muerte precoz no se refiere solamente a los niños nacidos con la infección: también los hijos de padres VIH positivos que no han contraído el virus tienen mayor probabilidad de morir antes de los 5 años con relación a los hijos de padres VIH negativos, ya que los padres enfermos no están en condiciones de atenderlos ni de garantizar su desarrollo, o bien mueren, dejándoles huérfanos a menudo sin que otros adultos, exceptuando los abuelos cuando existen, puedan cuidarlos³.

Ha sido ampliamente estudiado el impacto de la pandemia de Sida sobre la mortalidad de la población adulta y pediátrica de los Países pobres^{4,5}. Un estudio, realizado en 25 países del Sur del mundo (de los cuales, 13 en África, 6 en América Central y del Sur y 6 en Asia) sobre la relación entre la prevalencia de la infección por VIH en la población adulta y la tasa de mortalidad antes de los 5 años, ha demostrado que las muertes pediátricas aumentan, si se comparan los datos a lo largo de algunos años, en las áreas de alta prevalencia de VIH (>5% de la población) y muestran una tendencia a la disminución en donde la prevalencia es de grado medio-bajo (entre 1 y 4.9% es <1%)⁶.

Volviendo al problema de la posible transmisión vertical del VIH, la OMS estima que en el año 2000 nacieron entre 2,6 y 2,7 millones de niños hijos de madres VIH positivas¹, con un riesgo de adquisición del virus que oscilaría entre un 14 y un 40%, en relación con la diferente distribución de los co-factores de transmisión (las tasas de transmisión son de cerca del 13-20% en Europa, de 15-30% en Estados Unidos y del 25-40% en África sub-Sahariana). ¿Cómo, cuándo y por qué la madre transmite el virus

a su hijo? Sabemos que el contagio puede realizarse durante el embarazo, en el parto y a través de la leche materna.

En un capítulo se tratará el tema del VIH y la alimentación infantil: aquí nos ocuparemos de los factores que ocasionan y favorecen la transmisión durante el embarazo y en el trabajo del parto y de las medidas de que se dispone actualmente para limitar este fenómeno. Pero, sobre todo, esta contribución quiere reflexionar sobre lo que hoy es aplicable, en concreto, en los países con recursos limitados, en cuanto a prevenir la transmisión vertical del VIH, y sobre lo que a estos países tendrían derecho, y que están muy lejos de poder tenerlo, dado que el término “recursos limitados” puede considerarse ciertamente un cruel eufemismo, cuando se aplica a muchos países del África Subsahariana, donde la mayor parte de las mujeres desconoce, y tiene escasas posibilidades de conocer, incluso, su propio estado de seropositividad^{7,8}.

LA TRANSMISIÓN DEL VIH DESDE LA CONCEPCIÓN AL PARTO

La posibilidad de que el VIH pueda infectar el espermatozoide, el óvulo ó el embrión, es solamente teórica y no se basa en ninguna sólida demostración experimental. El virus puede en cambio infectar la placenta al final del primer trimestre, pero no se ha demostrado que el virus tenga capacidad de replicarse en las células de este órgano. Por otra parte, se ha señalado la eficaz acción protectora frente al paso del virus que desarrolla la placenta, por lo menos en la primera mitad del embarazo: la presencia del VIH ha sido demostrada, en efecto, en solamente el 1% de los fetos de mujeres VIH positivas abortados antes de la 29ª semana de gestación⁹. La placenta podría, por tanto, actuar al mismo tiempo como filtro y como vía de paso de la infección.

Está generalmente demostrado que la mayor parte de las infecciones tienen lugar en la última parte de la gestación y, sobre todo, en el periodo perinatal: aproximadamente el 25% en las últimas semanas de embarazo, y un 50-60% durante el trabajo del parto¹⁰. Desde el punto de vista diagnóstico, la investigación del genoma viral en la sangre del recién nacido demostraría, que la infección sobrevino en el útero si es positiva antes de las 48 horas de vida, mientras que su negatividad durante la primera semana haría pensar, en los niños en los que aparece una positividad anti-VIH entre los 7 y los 30 días de vida, que la infección ha sucedido en el curso del parto.

En la transmisión vertical del VIH puede tener un importante papel sean factores maternos, sean factores obstétricos, relacionados éstos con las condiciones y la modalidad del parto. Entre los primeros deben ser considerados en primer lugar el estado inmunitario de la madre y la carga viral (VIH-RNA cuantitativa en el plasma): si bien no se ha definido un umbral de viremia que condicione un aumento significativo del riesgo de transmisión es, no obstante, posible la transmisión del virus también con viremias no determinables, mientras que es generalmente admitido que valores elevados de VIH-RNA en la sangre de la madre facilitan la transmisión.

Se ha demostrado, en mujeres sin tratamiento anti-retroviral, que valores de VIH-RNA superiores a 10.000 unidades por mm³, entre 1.000 y 10.000 y < 1.000, estaban asociados a un riesgo de transmisión respectivamente del 37%, 15% y 5%¹¹⁻¹². La existencia conjunta de otras infecciones en la madre, tales como las ETS¹³⁻¹⁴, paludismo¹⁵ y corioamniotitis¹⁶, parecen favorecer el paso del virus. Pueden también considerarse algunos factores nutricionales: la anemia materna y el déficit de hierro y de micronutrientes, que causan partos prematuros y determinan un bajo peso al nacer y

podrían igualmente facilitar la transmisión del VIH¹⁷. Particularmente delicado, pero aún no del todo aclarado, es el papel de la vitamina A que, mejorando la funcionalidad del sistema inmunológico, tanto celular como humoral, y manteniendo la integridad de la placenta y de las mucosas, podría, en alguna medida, obstaculizar el paso del virus¹⁸⁻¹⁹.

En cuanto a los factores obstétricos, está bien demostrado que la importancia de los intercambios hemáticos entre la madre y el recién nacido durante el trabajo y en el momento del parto, cuando se realizan auténticas microtransfusiones de sangre materna originadas por las contracciones uterinas, dan razón de la mayor probabilidad de adquisición *intraparto* de la infección, y a esto se añade el prolongado contacto del niño con la sangre y las secreciones maternas durante su paso por el conducto del parto¹²⁻²⁰. Ya que en el momento de la ruptura de las membranas las células de la decidua están directamente expuestas al líquido amniótico, la rotura precoz y/o prolongada de las membranas puede aumentar el riesgo de transmisión al feto: se ha calculado un riesgo del 25% en caso de ruptura de las membranas antes de 4 horas del parto y un nivel de riesgo reducido al 14% cuando sucede a menos de 4 horas²⁰.

Quiere decir que todas las condiciones que aumentan la exposición del niño a la sangre y/o a otros fluidos corporales maternos (parto vaginal inmaturo, episiotomía, maniobras agresivas) pueden contribuir en distinta medida a la transmisión materno-fetal del VIH²¹.

PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS VIH EN EL EMBARAZO Y EN EL PARTO

Ya hemos visto que uno de los factores maternos principales que determinan el paso mayor o menor del VIH de la madre al hijo es la carga viral plasmática de la mujer: cuando es muy alta, y en tal caso está relacionada con un estado inmunitario fuertemente comprometido, facilita la transmisión, sea durante el embarazo, porque reduce o anula el papel protector de la placenta, sea en el momento del parto, porque aumenta la carga infectiva de la sangre y de las secreciones maternas con las que el feto contacta durante su paso a través del conducto del parto. El primer objetivo de una acción preventiva de la transmisión materno-fetal, es, por lo tanto, lograr una viremia maternal baja, a poder ser no determinable, lo que se puede conseguir mediante una terapéutica farmacológica administrada a la madre.

El primer estudio que valoró una intervención de este tipo fué el ACTG 076, realizado en 1994²². En este caso se utilizó la zidovudina según un esquema más bien complejo: administración per os a la madre desde la 14ª semana, por vía intravenosa en el momento del parto, per os al recién nacido a partir de las 12 horas de vida y durante 6 semanas, y lactancia artificial. Se pudo así demostrar una reducción de la transmisión de un 25,5% (con un placebo) a un 8,3% (con tratamiento). A partir de entonces, la zidovudina comenzó a emplearse, en los países occidentales, en todas las mujeres VIH positivas embarazadas: los recientes protocolos internacionales para el tratamiento anti-retroviral en adolescentes y en adultos²³⁻²⁴ sugieren usar, para empezar el tratamiento de las embarazadas, los mismos criterios empleados en las demás personas con infección VIH, y proponen una terapéutica más orientada a los intereses de la madre que limitada al problema de la transmisión vertical.

Si la mujer no ha sido aún tratada, se inicia el tratamiento a las 14 semanas con una doble o triple terapia, que incluye por lo general la zidovudina. Si, por el contrario, la mujer estaba ya siendo tratada, se prosigue con el mismo tratamiento, agregando zidovudina, (el fármaco que hasta ahora ha mostrado la mayor eficacia para reducir la transmisión madre-hijo) y evitando en lo posible el uso de medicamentos ó de combinaciones de medicamentos que se sospecha desarrollan efectos colaterales importantes, sea para la madre o para el hijo –por ejemplo, acidosis láctica, también con consecuencias letales, y el uso de análogos nucleósidos de la transcriptasa inversa, en particular la didanosina y la stavudina²⁵ o de fármacos con capacidad teratogénica potencial, como el efavirenz²³-.

Está claro que el empleo de terapias anti-retrovirales con tres fármacos o también la simple administración del ACTG 076, son tratamientos demasiado costosos como para pensar en poder introducirlos en los países con recursos limitados: por ello se ha comenzado a estudiar la factibilidad y la eficacia de regímenes más simples y de más breve duración. Estudios realizados en Tailandia²⁶, Costa de Marfil² y en Burkina Faso y Costa de Marfil conjuntamente²⁸, han demostrado la eficacia de la utilización de zidovudina, incluso empleándola sólo al final del embarazo (desde las 36-38 semanas y en adelante) per os durante el parto y sin tratar al recién nacido: el tratamiento ha sido siempre bien tolerado y se han comprobado reducciones de la transmisión vertical del 18,9% al 9,4%, del 26,9% al 15,7% y del 27,5% al 15,7% respectivamente en los tres estudios. Es de notar que sólo en el primer caso los niños fueron alimentados con lactancia artificial, mientras que en los estudios africanos la madre lactaba al pecho.

Muchos otros estudios se han realizado ó están en curso para definir cuál pudiera ser el mejor régimen terapéutico para la prevención materno-fetal: confrontación entre periodos diferentes, incluso breves, de administración de zidovudina a la madre y al recién nacido (Lallemant 1999), combinación de zidovudina y lamivudina durante el parto y después una semana a la madre y al recién nacido, con una disminución de la transmisión del 38% (derivación del estudio de Petra, 1999), uso de otros inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (didanosina, stavudina, abacavir, estudios en curso de Estados Unidos). Los resultados más prometedores son los del estudio HIVNET 102 realizado en Uganda: una única dosis de nevirapina (200 mg.) per os a la madre durante el parto, y una única dosis al recién nacido (2 mg/kg. de peso) administrada en las primeras 48 horas de vida han demostrado una disminución de un 47% en el riesgo de transmisión, resultando ampliamente más eficaz que si se compara con el empleo de zidovudina (13% de los recién nacidos infectados contra el 25%, porcentajes confirmados al follow up de un año)²⁹.

.La eficacia de la nevirapina parece también confirmada por el estudio ACTG 316 que se está realizando en USA, Europa, Bahamas y Brasil y que se propone determinar el valor añadido del fármaco para la prevención materno-fetal, cuando se usa juntamente con otros regímenes anti-retrovirales ya en aplicación. Parece pues, a la luz de los estudios actuales, que la pauta nevirapina “única dosis a la madre y al recién nacido” sea en la actualidad la más recomendable para un amplio empleo en los Países pobres; es de fácil aplicación, no se han registrado hasta ahora efectos colaterales importantes y es poco costosa (unos 4\$ USA por cada tratamiento, contra los 40 del short-course de zidovudina y cerca de los 1.000 del long-course de zidovudina). Hay que tener presente, sin embargo, el riesgo de aparición de resistencias al fármaco: virus nevirapina-resistentes se han aislado en la sangre de madres tratadas, en un porcentaje variable

entre el 13% y el 23% en los dos estudios citados³⁰⁻³¹. Esto implica un riesgo potencial de una menor eficacia protectora del fármaco en los casos de una segunda o tercera gestación, si bien parece verosímil, y en parte se ha demostrado, que las mutaciones que determinan la resistencia, desaparecen transcurridos 12 a 18 meses del parto³⁴, en que ya se encontraría en la sangre materna solamente el virus wild-type.

Se están realizando también estudios sobre el uso de la inmunoprofilaxis pasiva (suministro de inmunoglobulina antepartum y al recién nacido –estudios en USA y Uganda) y de inmunoprofilaxis activa (vacunas a la madre y al recién nacido –estudios en USA y previstos en Uganda), pero, de momento, las perspectivas reales de aplicación parecen escasas. El tratamiento de las infecciones concomitantes de la madre, tales como el paludismo¹⁵, las ETS, suministrando dosis únicas de azitromicina, ciprofloxacina ó cefiximine¹³⁻¹⁴ y la corioamniotitis, empleando ciclos breves de antibioterapia en las 20 a 24 semanas de embarazo y después en el parto¹⁸, parece que contribuyen a proteger al recién nacido de la transmisión del VIH, pero este papel no está hasta ahora aclarado, ni mucho menos, cuantificado.

Por lo que se refiere a la corrección de la anemia y a la administración de micronutrientes, se habían generado discretas esperanzas respecto a la eficacia protectora de la vitamina A frente al paso del virus, pero diversos trials realizados en Malawi, Sudáfrica, Tanzania y Zimbabwe no han demostrado una significativa reducción de la transmisión atribuible al empleo de vitamina A¹⁹⁻³²; un aporte suplementario de vitamina A, y posiblemente de otros micronutrientes, resulta de todas formas recomendable, por el hecho de que, en cualquier caso, puede ser beneficioso para la salud en general y para el desarrollo del estado inmunitario tanto de la madre como del recién nacido.

En cuanto a los factores obstétricos, muchos estudios han ya demostrado irrevocablemente la eficacia de la cesárea electiva (realizada cuando las membranas están todavía íntegras, por los mecanismos descritos en párrafos precedentes), para reducir la transmisión del virus al niño²⁰⁻³³⁻³⁴; combinando el tratamiento anti-retroviral con la cesárea electiva, en los países industrializados se ha reducido el riesgo de transmisión hasta <2%.

Resultados controvertidos se han obtenido, en cambio, mediante la desinfección del conducto antes del parto vaginal con agentes activos contra el VIH (por ejemplo, clorexidina, que ha demostrado, en cambio, ser ciertamente eficaz en la prevención de sepsis de la madre y del recién nacido, sobre todo frente al estafilococo del grupo B). En un estudio realizado en Malawi³⁵, el porcentaje de recién nacidos infectados por VIH resultó aproximadamente el mismo en el grupo tratado con clorexidina y en el no tratado (27% contra 28%), pero la transmisión fue significativamente más baja en el subgrupo de mujeres con rotura precoz de membranas tratadas con clorexidina que en el de no tratadas (25% contra 39%). La evitación de la episiotomía y de las maniobras agresoras durante el parto por vía vaginal pueden seguramente reducir el riesgo de transmisión, además de evitar complicaciones de tipo quirúrgico e infeccioso de la madre.

PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS VIH EN ÁFRICA Y EN LOS PAÍSES POBRES

De todas las medidas preventivas descritas hasta ahora, ¿cuáles son efectivamente aplicables en los Países pobres y, en particular, en el África sub-Sahariana, el continente seguramente más afectado y con recursos más limitados?

Está bastante compartida la idea de que la cesárea electiva no puede ser aplicada en gran escala en los países más pobres, sea por su costo elevado y la escasez de estructuras capaces de realizarla, sea por el riesgo de infecciones, notoriamente aumentado en las mujeres VIH positivas, sea por problemas de tipo cultural y social (quien decide, muy a menudo, no es la mujer; la cesárea pueda ser considerada como algo artificial y por ello inaceptable en la “naturalidad” de la maternidad; una primera cesárea puede condicionar los sucesivos embarazos, y así sucesivamente). Incluso no se pueden proponer tratamientos farmacológicos complejos, no sólo por su alto costo, sino también porque faltan todas las pautas para su correcto empleo: estructuras sanitarias que garanticen la distribución de los medicamentos y el seguimiento de sus posibles efectos colaterales y de la eficacia de la terapia, laboratorios bien dotados, personal suficiente y adecuadamente preparado.

En 1998 un grupo de trabajo conjunto Unaid/UNICEF/OMS propuso una serie de iniciativas para reducir la transmisión perinatal del VIH, basadas en seis componentes de relativa sencillez:

- acceso precoz a la consulta prenatal;
- test VIH voluntario y confidencial para las mujeres gestantes y sus compañeros;
- un short-course de terapia anti-retroviral durante el final del embarazo, en el parto, y posiblemente, al recién nacido;
- mejora de la calidad de la asistencia al parto (sobre todo evitando maniobras agresoras);
- counseling para las embarazadas sobre métodos alternativos de nutrición infantil;
- apoyo a las mujeres VIH positivas que eligiesen no lactar al pecho.

En realidad, la atención y los esfuerzos, en la mayor parte de los Países pobres, se concentraban en dos componentes sobre todo, el tratamiento anti-retroviral breve y la lactancia artificial, pero la dificultad y la perplejidad en su aplicación no fueron y no son ciertamente pocas.

Ante todo, la accesibilidad al test VIH por parte de las mujeres embarazadas, “pasaporte” para cualquier intervención preventiva materno-fetal, resultó un problema serio en muchos estudios realizados en África, donde, a menudo, las mujeres rehusan someterse al test, o bien, una vez realizado, no se presentan a recoger el resultado: un estudio multicéntrico realizado en 12 ciudades africanas y en Bangkok ha demostrado una media de aceptación del test de un 65%, con porcentajes de alrededor de un 30-33% en algunos lugares del África sub-Sahariana³⁶. Esto puede explicarse por el hecho de que la simple realización del test y, todavía más, la aceptación de participar en programa para la prevención de transmisión del VIH podrían marcar a la mujer como VIH positiva y marginarla en la comunidad y en la familia en la que vive. Ciertamente, la integración del test y el counselling en los servicios de asistencia prenatal, la garantía de la privacidad y la real disponibilidad de tratamientos eficaces, podrían favorecer un comportamiento más positivo de las mujeres en este campo³⁷.

No se trata por lo general sólo de la aceptabilidad, sino también de problemas de accesibilidad, tanto al test como a la propuesta de prevención de la transmisión materno-fetal: en el África sub-Sahariana, la OMS calcula que sólo el 63% de las mujeres embarazadas tiene acceso a por lo menos una visita prenatal y sólo el 42% da a luz con la asistencia de un trabajador sanitario adecuadamente preparado, y esto no solamente por la escasez de las estructuras que proporcionan los servicios materno-infantiles, sino también por barreras de naturaleza cultural que dificultan el acceso, aunque sea posible. Esto vale, sobre todo, para las mujeres que habitan en las áreas rurales, más discriminadas con relación a las que viven en las ciudades³⁸.

Queda implícito que el cuadro se complicaría ulteriormente si los servicios materno-infantiles debiesen prever la tecnología para la prevención de la transmisión del VIH: ante todo tendrían que establecer un aumento cuantitativo y una adecuada preparación del personal. . Un equipo para la gestión por distritos del problema Sida en Sudáfrica ha estimado la necesidad de contratar 15 trabajadores más si se quiere garantizar cotidianamente a cerca de 150 mujeres la realización del test, el counselling pre y post-test y la asistencia en la maternidad durante 24 horas al día, sin contar el soporte logístico y de medios materiales³⁹. En Thailandia, en cambio, aunque el número de trabajadores resulta suficiente para cumplir los programas de prevención perinatal, su preparación no es la adecuada: una survey sobre 480 médicos (obstetras y generalistas) ha revelado que cerca del 80% no proponía habitualmente el previsto short course de AZT, porque no estaban convencidos de su eficacia y/ó porque no estaban debidamente informados respecto a la técnica de aplicación del protocolo⁴⁰.

Por lo tanto se evidencia que incluso una medida de prevención de eficacia demostrada, económica y aparentemente simple como la doble dosis de nevirapina a la madre y al recién nacido podría presentar un problema solapado con dificultades múltiples en su aplicación, sin contar la ya citada cuestión de los efectos colaterales y la posible aparición de cepas virales resistentes

Hay que considerar otro aspecto que va más allá de la transmisión del virus de la madre al hijo y que es un problema dramático: cuando el recién nacido, sea por nuestra actuación preventiva ó por causas naturales resulta indemne, pero la madre enferma de Sida y muere, ¿qué ocurre con este niño “salvado”? Hemos ya aludido, en la introducción, a la elevada mortalidad de los hijos de padres VIH positivos, independientemente de su estado serológico, y al problema de los huérfanos³. Así, en su reflexión crítica sobre las medidas para reducir la transmisión vertical del VIH en los Países pobres⁴¹, Beret concluye que el ideal sería un enfoque más amplio de esta problemática, que debería incluir el tratamiento anti-retroviral junto al de las infecciones oportunistas en las madres VIH positivas: ¡sólo se puede asegurar la salud de los niños asegurando la supervivencia de sus madres!

E. Piot, en el editorial del *Boletín* de la OMS de 1999 “*Preventing mother to child transmission of Hiv in Africa*”⁸, llega a afirmar que muchas cosas que sería necesario hacer no son ni clínicas ni médicas: la medida absolutamente más eficaz sería evitar que los padres se infectasen con el VIH.

Esto comporta una visión de la prevención que va más allá del estrecho marco médico y que se entrelaza con los aspectos culturales y sociales: el cambio debería basarse, sobre todo, en una profunda mutación del papel de la mujer, donde ésta estuviese en

disposición de decidir sobre su salud sexual y reproductiva, pudiese planificar sus embarazos, eligiese la manera de conducirlos y de dar a luz, decidir respecto a la crianza y a la alimentación de sus hijos. Todo ello sería posible solamente si se le garantizan los servicios sociales y sanitarios de forma que tuviese el necesario apoyo. Una vez más vemos que los problemas son todos ellos interdependientes y que sólo mediante un enfoque integrado, que tenga en cuenta todos sus componentes y toda su complejidad, contaría con alguna probabilidad de éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Aids Epidemic update: december 2000*, Unaid/Who.
2. *The demographic impact of Hiv/Aids. Report on the technical meeting, 10th november 1998*, New York, United Nations, 1999.
3. Moy R., *Caring for children orphaned by Aids*. J.Trop.Pediatrics 1999; 45:64-65.
4. Timaeus I., *Impact of the Hiv epidemic on mortality in sub-saharian Africa: evidence from national surveys and census*. Aids 1998; 12(suppl.):S15-27.
5. Boerma J.T. et al., *Mortality impact of the Aids epidemic: evidence from community studies in less developed countries*, Aids 1998; 12(suppl.):S3-14.
6. Adetunji J., *Trends in under-5 mortality rates and the Hiv/Aids epidemic*, Who Bulletin 2000; 78(10):1200-1206.
7. McIntyre J.et al.,*AZT trials to reduce perinatal transmisión: a debate about science, ethics and resources*, Reproductive health matters 1998;6(11):1343-1345.
8. Piot P. et al., *Preventing mother to child transmisión of Hiv in Africa*, Who Bulletin 1999;77(11):869-870.
9. Brossard Y. et al.,*Frequency of early in utero Hiv-1 infection: a blind DNA polymerase chain reaction study on 100 fetal thymuses*, Aids 1995;9:359-366.
10. Ehrnst A. et al., *Hiv pregnant women and their off-spring: evidence for late transmisión*, Lancet1991; 338: 203-207
11. European collaborative study, *Risk factors for mother to child transmisión of Hiv-1*, Lancet 1992; 339:1007-1012.
12. European collaborative study, *Vertical transmisión of Hiv-1: maternal immune status and obstetric factors*, Aids 1996;10:1675-1681.
13. Wawer M.J. et al.,*A randomized community trial of intensive sexually transmitted disease control for Aids prevention. Rakay Uganda*, Aids 1998;12:1211.
14. Wawer M.J. et al.,*Control of sexually transmitted diseases Aids prevention in Uganda*, Lancet 1999;353:525.
15. Bioland P.B. et al., *Maternal Hiv infection and infant mortality in Malawi. Evidence for increased mortality due to placental malaria infection*, Aids 1995;9:721.
16. St. Louis M.E. et al., *Risk for perinatal Hiv-1 infection according to maternal immunologic, virologic and placental factors*, JAMA 1993;269:2853.
17. Fawzi W.W. et al., *Vitamins in Hiv disease progression and vertical transmisión*, Epidemiology 1998;9:457.
18. Semba R.D.et al., *Maternal vitamin A deficiency and mother to child transmisión of Hiv-1*, Lancet 1994;343-343:593.
19. Semba R.D. et al., *Hiv load in breast milk, mastitis, and mother to child transmisión of Hiv-1*, J.Infect. Dis.1999;180:93.
20. The international perinatal Hiv group, *The mode of delivery and the risk of perinatal transmisión of Hiv-1. A metaanalysis of 15 prospective cohort studies*, N.Engl.J.Med.1999;340:977-987.
21. Unicef/Unaid, *Vertical transmisión of Hiv-1*, Rapid assessment guide 1999.
22. Connor E.M. et al., *Reduction of maternal-infant transmisión of Hiv-1 with Zidovudine treatment*, N.Engl.J.Med. 1994;331:1173-1180.
23. *Guidelines for the use of antiretroviral agents in Hiv-infected adults and adolescent*, DHHS, february 2001.
24. Commissione nazionale Aids, *Aggiornamento sulla terapia antiretrovirale dell'infezione da Hiv*, Ministerio della sanità italiano, 2001.
25. Gerard Y. et al., *Symptomatic hyperlactemia: an emerging complication of atiretroviral therapy*, Aids 2000;14:2723-2730.
26. Shaffer N. Et al., *Short course of zidovudine for perinatal transmisión in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial*, Lancet 1999;353:773-780.

27. Wiktor S.Z. et al., *Short course of zidovudine for prevention of mother to child transmission of Hiv in Abidjian, Cote d'Ivoire: a randomized trial*, Lancet 1999;353:781-785.
28. Dabis F. Et al., *6-month efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of zidovudine to reduce vertical transmission of Hiv in breastfed infants in Cote d'Ivoire and B. Faso: a double blind placebo-controlled multicentre trial*, Lancet 1999;353:786-792.
29. Guay L.A. et al., *Intrapartum and neonatal single dose of nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother to child transmission of Hiv in Kampala, Uganda. HivNET 012 randomized trial* Lancet 1999;354:795-802.
30. Jackson J.B. et al., *Identification of the K 103N resistance mutation in Ugandan women receiving nevirapine to prevent Hiv-1 vertical transmission*, Aids 2000;14:F111-115.
31. Sullivan J. et al., *Genotypic resistance analysis in women participating in PACTG 316 with Hiv-Rna ≥ 10.000 copies/ml*, XIII International Aids conference, Durban, July 9-14, 2000 (abstract LIOr14).
32. Coutoudis . et al., *Randomized trial testing the effect of vitamin A supplementation on pregnancy outcomes and early mother to child transmission of Hiv*, Durban, Aids 1999;13:1517.
33. Kind C. et al., *Prevention of vertical transmission: additive protective effect of caesarian section and zidovudine prophylaxis*, Aids 1998;12:205-210.
34. *The european mode of delivery collaboration. Elective caesarian section versus vaginal. Delivery in prevention of vertical transmission of Hiv: a randomized clinical trial*, Lancet 1999; 353:1035-1039.
35. Biggar R.J. et al., *Effect of a birth canal cleansing intervention to prevent perinatal Hiv transmission. Perinatal intervention trial in Africa*, Lancet 1996;347:1647.
36. Cartoux M. et al., *Acceptability of voluntary Hiv testing by pregnant women in Developing countries: an international survey*, Aids 1998;12:2489-2493.
37. Aka-Dago-Abriki H. et al., *Issues surrounding reproductive choice for women living with Hiv in Abidjian, Cote d'Ivoire*. Reproductive health matters, 1999;7(13):20-30.
38. Ndyomugenyi R. Et al., *The use of formal and informal services for antenatal care and malaria. Treatment in rural Uganda*, Health Policy & Planning 1998;8(2):122-127.
39. Wilkinson D. et al., *Antiretroviral drugs as a public health intervention for pregnant Hiv infected women in rural S.Africa: an issue of cost-effectiveness and capacity*, Aids 1998;12: 1675-1682.
40. Stringer J.S.A. et al., *Use of zidovudine among Hiv infected pregnant women in Thailand: a survey of 480 physicians*, XII World Aids conference, Geneva, 28 June-3 July 1998 (abstract 23:321).
41. Beret M., *Reducing perinatal Hiv transmission in developing countries through antenatal and delivery care and breastfeeding: supporting infant survival by supporting women's survival*, Who Bulletin 1999,77(11):871-877.

13. VIH Y ALIMENTACIÓN INFANTIL

Adriano Cattaneo

Unidad para la Investigación sobre los
Servicios Sanitarios de la Cooperación Internacional
IRCCS Burgo Garofolo. Trieste.

La lactancia al pecho se asocia a un significativo aumento del riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo.

Un dilema trágico: ¿amamantar al pecho y exponer al niño a un mayor riesgo de contraer la infección, o lactar artificialmente y exponerlo al riesgo de la “muerte por el biberón”?

Los estudios epidemiológicos. Las soluciones posibles.

El problema del VIH y de la alimentación infantil en los países de baja renta, y sobre todo, en los del África Subsahariana es, a mi parecer, una de las mayores tragedias de nuestro tiempo. Lo es desde el punto de vista individual para el niño, para la madre y para la familia, para quien no tiene dinero para la alimentación artificial (y mucho menos para los costosísimos medicamentos anti-retrovirales); porque, aunque lo tuviese, no sabría tomar una decisión informada, difícil incluso para mí, que conozco la literatura sobre el tema. Lo es desde el punto de vista de la sanidad pública por los mismos motivos: por la información imprecisa que, todavía se obtiene de la investigación y por los costos, directos e indirectos, las consecuencias sobre la salud, implícitas en cada elección de política sanitaria sobre VIH y alimentación infantil. No es por casualidad que las últimas recomendaciones OMS/Unicef/Onusida/UNFPA (ver **cuadro 1**), publicadas en 1998¹ y revisadas por un comité de expertos en octubre de 2000², dejan la decisión, prácticamente, a cada país, a cada comunidad, a cada trabajador sanitario, en fin, a cada madre, en la imposibilidad de sugerir una norma que vaya bien para todos. Madres y mujeres son las personas para quienes la tragedia es mayor, porque deben tomar decisiones que en cada caso van a tener consecuencias negativas, sabiendo que dichas consecuencias pasan a través de fluidos que en su propio cuerpo simbolizan la vida: la sangre y la leche materna. Pero sabiendo también que de todo ello son ellas mismas víctimas: víctimas de culturas que aceptan la promiscuidad masculina y en las cuales las mujeres no tienen prácticamente ningún control sobre la propia sexualidad. Tan es verdad que más que de “transmisión de madre a hijo” del VIH, sería justo hablar de “transmisión de padre al hijo” o, por lo menos, de “transmisión de padre y madre al hijo”.

LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS VIH A TRAVÉS DE LA LECHE MATERNA

Desde que fue conjeturada la transmisión del virus del VIH a través de la leche materna³⁻⁵, han sido numerosas las tentativas primero para confirmarla y después para cuantificarla⁶⁻²³. Actualmente, el consenso internacional es unánime: la lactancia al pecho está asociado a un significativo aumento del riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo, con respecto a la lactancia no materna. En mujeres no tratadas que continúan lactando al pecho después del primer año, el riesgo absoluto de transmisión a través de la leche materna es del 10-20%. Es muy difícil poner límites más precisos a este intervalo porque la transmisión varía según el momento en que la mujer ha sido infectada (antes del embarazo, en distintas épocas del mismo, durante la lactancia), el tipo y la duración de la lactancia al pecho, y la presencia o la ausencia de otros factores de riesgo (patología de la mama o del pezón, enfermedades y estado nutricional del niño), aspectos sobre los que sabemos todavía poco. Además, por lo menos en los

primeros meses de vida del niño, es siempre difícil afirmar si la transmisión ha sobrevenido a través de la leche o antes, durante la última etapa de la gestación o durante el parto. El riesgo de transmisión por la leche materna parece ser más elevado durante los primeros meses de vida, pero persiste durante toda la duración de la lactancia. Cerca de la mitad de las infecciones a través de la leche materna podrían diagnosticarse después de los seis meses de edad.

Un riesgo absoluto de un 10-20% es un riesgo muy alto, al cual ninguno de nosotros quisiera estar sujeto. Sin embargo, no es el único riesgo al que está sometido el recién nacido de los países con alta prevalencia de VIH. El riesgo total de transmisión de la madre al hijo, incluido el existente durante el embarazo y el parto, puede llegar hasta el 43%, con intervalos asintomáticos que alcanzan el hasta el 60%. Se estima que los casos de infección debidos a la lactancia al pecho constituyen aproximadamente un 30-50%, con gran variabilidad, de todos los casos de las enfermedades pediátricas en el África Subsahariana. Para reducir la transmisión de la madre al hijo asociada a la lactancia natural, están disponibles actualmente tratamientos con fármacos anti-retrovirales para la madre y para el recién nacido (ver **cuadro 1**), con amplio aval en la literatura científica²⁴⁻³⁰; se calcula que estos tratamientos pueden reducir tal transmisión en el 30-50%. El problema es la falta de acceso a estos fármacos, de precio demasiado alto para la mayor parte de las mujeres seropositivas de los países pobres. No sin motivo hay emprendida una batalla, también legal, entre gobiernos y multinacionales del medicamento para permitir un acceso más amplio. También CUAMM, así como muchas otras organizaciones de la sociedad civil, participa en esta batalla a favor del derecho a la salud y contra la comercialización de la misma, sobre todo si ésta está regulada por las organizaciones mundiales para el comercio (OMC ó WTO).

Si la lactancia artificial evitase este riesgo absoluto del 10-20% sin consecuencias dañinas, sería fácil para las mujeres y para los Ministerios de Sanidad tomar decisiones. Es lo que ha sucedido en los países ricos. Primero en los Estados Unidos³¹⁻³² y en los demás países industrializados después, las autoridades sanitarias han recomendado la lactancia con alimentaciones sustitutivas a todas las mujeres seropositivas; de esta forma la transmisión de la madre al niño se ha reducido, y aún más se ha reducido después de la introducción de la terapia con fármacos anti-retrovirales en el embarazo³³. La transmisión a través de la leche materna es actualmente una rareza en los países ricos; en los Estados Unidos se ha llegado incluso a alejar por ley al hijo de la madre seropositiva que decide dar el pecho contra las recomendaciones de los médicos y de las autoridades sanitarias.

Pero en los países pobres las cosas no son así. Son numerosísimas las investigaciones que demuestran las ventajas de la lactancia natural y las desventajas de la artificial para los niños de estos países; no vale la pena citarlas aquí. Es suficiente la demostración del efecto benéfico sobre la mortalidad infantil hasta los cinco años, publicada recientemente por la OMS³⁴. También lo confirman, desde 1990, los numerosos artículos que han discutido los beneficios y riesgos de distintas políticas orientadas a sustituir la lactancia al pecho por diferentes formas de alimentación de reemplazo para los hijos de mujeres con VIH³⁵⁻⁴⁴. Todos estos análisis han llevado a algunos a tomar posición: la política sanitaria debería estar a favor de la sustitución de la lactancia materna por otros alimentos, y los programas de promoción de la misma representarían un obstáculo. Afortunadamente, los que sostienen esta posición son pocos; pero hacen ruido, como demuestra la reciente polémica desencadenada por un artículo del *Wall*

*Street Journal*⁴⁵ contra Unicef y en defensa de la donación de leches artificiales a los países pobres anunciada por algunas multinacionales: Wyeth y Nestlé. Las cuales, cínicamente, ven en toda esta historia una oportunidad para presentar una cara más humana, respecto a la de “asesinos” que se granjearon con su inmoral comercialización de leches artificiales en los países pobres, y para esquivar las reglas del Código internacional sobre la comercialización de los sustitutivos de la leche materna de la OMS (1981). La mayor parte de los investigadores y de los *policy-makers* es, por fortuna, más cauta y tiende a identificarse son las posiciones de la OMS, Unicef y Onusida, ya citadas.

Los motivos por los cuales no es posible ir por otro camino dependen de razones epidemiológicas además de económicas y sociales. En todas las investigaciones sobre transmisión del VIH mediante la leche materna no se ha tenido en cuenta que esta última puede equivaler a comportamientos alimentarios muy diversos: desde el niño que recibe leche materna sólo pocas veces después del nacimiento, al que es alimentado con la misma durante muchos meses y que recibe leche materna y alimentos complementarios hasta los dos años o más. La OMS acostumbra a considerar las siguientes modalidades de lactancia⁴⁶:

- ⇒ Exclusiva, cuando el niño no toma nada más (ni siquiera agua) que leche materna; sólo se permiten medicamentos, vitaminas y minerales.
- ⇒ Predominante, cuando además de leche materna el niño toma bebidas no nutritivas: agua, té, manzanilla, tisanas, zumos de frutas no azucarados, bebidas rituales.
- ⇒ Complementaria, cuando el niño toma también bebidas nutritivas (zumos de frutas azucarados, caldo) u otros alimentos sólidos o semisólidos. Entran en esta categoría también los niños que, además de la leche materna, toman otra leche, comprendidas las artificiales.

Esta última categoría, se comprende fácilmente, es mucho más amplia, ya que incluye sea al niño que toma un solo zumo de fruta azucarado además de la leche materna, sea al que hace una única toma, aunque sea muy breve, de leche materna. La clasificación se efectúa corrientemente con referencia a 24 horas (“¿Qué ha tomado su hijo en las últimas 24 horas?”), raramente extendida a una semana, para evitar una imprecisión de la memoria. Pero, ¿cómo se clasifica a un niño que ha tomado solamente leche materna en las últimas 24 horas, pero que antes había tomado leches artificiales o distintos alimentos? Admitido que el riesgo de transmisión del VIH mediante la leche de la madre depende probablemente de la cantidad y de la duración de las tomas, es bien diferente un recién nacido que en los primeros tres meses ha tomado mucha leche materna con cualquier bebida nutritiva o no nutritiva que un niño que ha sido preferentemente alimentado con otra leche, tomando de vez en cuando leche materna; sin embargo, estos dos niños serían clasificados como de lactancia complementaria. Casi todas las investigaciones sobre la transmisión del VIH mediante la lactancia al pecho se han preocupado mucho más por los métodos para determinar el VIH (el resultado) que por clasificar la alimentación (la exposición). En efecto, en la mayoría de los casos, sabemos sólo que un niño, o una muestra de niños, ha estado alimentado al pecho (¡sic!) durante un cierto número de meses.

LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

En una única ocasión se ha tratado de clasificar mejor la exposición, en Sudáfrica⁴⁷. En este estudio, 549 mujeres con VIH fueron informadas y aconsejadas durante el embarazo, de acuerdo con las recomendaciones de la Unaid (ver **cuadro 1**). Solicitadas para tomar una decisión informada, 393 decidieron lactar al pecho. A este

grupo se le aplicó un programa de *follow-up* especial para conseguir que la lactancia natural fuese exclusiva (ni siquiera agua), con verificación semanal. Sólo 103 mujeres lograron el intento, y sus hijos fueron exclusivamente alimentados al pecho durante tres meses; 288 tuvieron a sus hijos con alimentación complementaria (con las dificultades de interpretación ya citadas), mientras que 156 mujeres se decidieron por la alimentación artificial. Siempre a los tres meses, el porcentaje de niños infectados de VIH era de 14,6% entre los que tomaron solamente leche materna, 24,1% en los de alimentación complementaria, y 18,8% en el grupo de lactancia artificial. La diferencia es estadísticamente significativa. Los autores de la investigación establecieron la hipótesis de que: a) la leche materna contenga factores de protección contra el VIH, y/o b) otros alimentos o bebidas, incluida el agua, o bien la forma de administración (corrientemente el biberón) dañasen la integridad y la función del intestino, favoreciendo el paso del VIH. Los mismos autores han publicado recientemente el *follow-up* de los mismos niños hasta la edad de 15 meses⁴⁸. Hasta los seis meses, la probabilidad de infección por el VIH es similar para los alimentados exclusivamente y para los nunca amamantados: 19,4% en ambos grupos, mientras que en los niños con lactancia complementada llegaba al 26,1%. A la edad de 15 meses, la probabilidad acumulada de infección por VIH sigue siendo más baja entre los alimentados exclusivamente al pecho hasta los tres meses o más, que entre los niños con lactancia complementada: 24,7% contra 35,9%.

Pero, desgraciadamente, todo lo que se acaba de describir no era un estudio clínico randomizado. Las madres si habían sido randomizadas para un estudio sobre los efectos del suministro de vitamina A con respecto a la transmisión del VIH⁴⁹, pero quienes formaron parte en el estudio sobre la lactancia al pecho habían decidido por sí mismas si dar el pecho o no. Los resultados, por consiguiente, podrían ser efecto de factores desconocidos y diversamente distribuidos en las tres cohortes de madres y niños (lactancia exclusivamente al pecho, complementaria y lactancia artificial). No es fácil ni siquiera ético dirigir un estudio randomizado sobre la lactancia al pecho. Quizá resultase ético en el caso de la transmisión del VIH, justamente por la incertidumbre sobre el balance entre riesgos y beneficios. Y he aquí, en efecto, que alguien ha dirigido un estudio randomizado en Kenya⁵⁰. Después de un “*voluntary counselling and testing*” (*VCT*) durante la gestación entre 2.315 mujeres, 425 aceptaron la randomización hacia las 32 semanas de embarazo. Las que siguieron una alimentación artificial para sus hijos, recibieron leche en polvo e instrucciones para su uso. Al grupo de lactancia al pecho se le dio los consejos habituales, pero ninguna presión en particular a favor del amamantamiento exclusivo. Ni a las mujeres ni a los recién nacidos de ambos grupos se les suministraron fármacos anti-retrovirales; el aspecto ético de tales decisiones es, obviamente, discutible. Los niños fueron seguidos mensualmente en el primer año y trimestralmente en el segundo. El test de VIH se realizó al nacimiento, a las 6 y 14 semanas, y luego cada tres meses. La aceptación del “tratamiento” fué del 96% entre las mujeres a quienes se asignó la lactancia al pecho (solamente el 4% decidió no amamantar), pero sólo el 70% entre el grupo de mujeres que siguieron la alimentación artificial; esto significa que no obstante el control realizado por los investigadores, el 30% de las mujeres que tenían la consigna de no dar el pecho, lo dió. La duración media de la lactancia al pecho entre las mujeres del primer grupo fue de 17 meses. Desgraciadamente no se utilizó la clasificación de la lactancia propuesta por la OMS, por lo cual sabemos que los niños fueron amamantados, pero no podemos saber cuánto tiempo; es muy probable que la lactancia haya sido complementada (sin ulterior especificación) incluso desde las primeras semanas de vida del niño, porque esto es lo

que se observa habitualmente en Nairobi, la ciudad donde fue realizada la investigación. A los 24 meses, el 36,7% y el 20,5% de los niños eran VIH positivos respectivamente en el grupo amamantado y en el de los niños no amamantados, lo que confirma el mayor riesgo de la lactancia al pecho (sin mayor definición). La mayor parte de las transmisiones a través de la leche materna, cerca del 75%, sobreviene en edades precoces, dentro de los seis primeros meses.

Pero la conclusión más importante fue que la mortalidad total a los dos años era igual en los dos grupos, aunque la distribución por causas fuera diferente: la mortalidad por Sida era obviamente más alta en el grupo de los amamantados al pecho, que tenían una tasa más elevada de infección. Lo que confirma que, si no se alimentan al pecho, los niños de los países pobres mueren por cualquiera otra causa (diarrea, pulmonía y malnutrición, más probablemente), si no mueren por Sida. Incidentalmente, tales causas de mortalidad intervienen en un 20% (200 por mil); los lectores de este artículo saben que tasas de mortalidad de similar importancia son características de los fallecimientos hasta los 5 años en los países más pobres. Una mortalidad de 200 por mil a los dos años en un grupo de niños alimentados artificialmente, pero controlados por los investigadores que, se supone, daban toda la leche en polvo necesaria gratuitamente, además de instrucciones sobre la preparación, conservación y administración de la forma más segura posible, impresiona sin duda. No me atrevo a pensar cuál sería la tasa de mortalidad de estos niños si faltase la cobertura proporcionada por los investigadores.

Es interesante también el hecho que el 30% de las madres a las que se les dijo que no dieran el pecho no lo cumplieron (¿se pueden randomizar los comportamientos?) No dar el pecho, efectivamente, es un comportamiento inaceptable en muchas culturas. Además, en la época del VIH es una actitud que permite fácilmente identificar a las mujeres seropositivas, con el consiguiente estigma. Un pequeño estudio realizado recientemente en la India (comunicación personal) ha demostrado que 15 mujeres sobre 19, informadas de que eran seropositivas comunicaron la noticia a sus maridos; 11 de ellas fueron expulsadas de casa y separadas de los hijos ¡por obra del propio marido! Nestlé y Wyeth no han pensado, ciertamente, en estos problemas (o quizá si han pensado, pero lo han ocultado cínicamente) cuando han ofrecido leche en polvo gratuita a las mujeres seropositivas de los países pobres. Irónicamente, tales donaciones “desinteresadas” podrían inducir a estas mujeres a situar a sus hijos en la categoría de mayor riesgo: la de la lactancia complementada, que suma al riesgo de morir por Sida el de morir por biberón.

LAS POSIBLES SOLUCIONES

¿Qué hacer? El ideal sería, naturalmente, leche materna sin VIH. Este resultado se puede conseguir parcialmente con los medicamentos anti-retrovirales dados en el periodo antenatal. Otra alternativa como, por ejemplo, la pasteurización de la leche de la madre exprimida⁴⁴⁻⁵¹ o de la leche de una donante, parecen menos factibles de momento. Cuando no se puede obtener leche materna sin contaminación por VIH, parece que hay que inclinarse por una de estas dos opciones:

- Lactancia exclusiva durante algunos meses, para aprovechar los beneficios generales de la leche materna, y de algunos otros específicos respecto al VIH, (si se confirman las hipótesis del estudio sudafricano), y su suspensión y completa sustitución con otros alimentos (no necesariamente leches artificiales; más bien, alimentos adaptados para el destete que forman parte de la dieta cotidiana de la familia

y que sean preparados a propósito para el niño) a los tres, cuatro o seis meses. Por desgracia no resulta fácil convencer a las mujeres para que amamanten de manera exclusiva durante todo este tiempo; demasiados daños ha causado ya la cultura del biberón, introducida por las multinacionales de los leches artificiales y, desdichadamente, por los servicios sanitarios.

- Alimentación sustitutiva con leches artificiales, seguida, a partir de los seis meses, por la introducción progresiva de otros alimentos; sin una sola gota de leche materna. Tampoco esta opción es fácilmente realizable por el costo de las leches artificiales y la estigmatización subsiguiente a no dar el pecho⁵². En el África subsahariana, serían pocas las mujeres capaces de superar estos obstáculos, y aún menos las que puedan administrar a sus hijos leches artificiales de manera segura.

En efecto, podría decirse que éstas no son todavía opciones, sino hipótesis de investigación, a pesar de que dos países, Sudáfrica y Botswana, hayan ya adoptado políticas de distribución gratuita de leche artificial a las mujeres seropositivas pobres. Sin contar con que la mayor parte de las mujeres con VIH en África subsahariana no conocen que son seropositivas. E incluso aquellas que lo saben no están adecuadamente informadas sobre la transmisión del VIH a través de la leche materna y todavía menos sobre las opciones para la alimentación de los hijos⁵³. Es previsible que esta situación persista durante muchos años. ¡Al diablo la elección informada! ¿Hasta cuándo deberemos convivir con esta tragedia?

BIBLIOGRAFÍA

1. Unicef/Unids/Oms, *Hiv and infant feeding: a guide for health-care managers and supervisors. Guidelines for decision-markers and review of Hiv transmisión through breast-feeding*, June 1998.
2. *Who technical consultation on behalf of the UNFPA/Unicef/Who/Unids inter-agency task team on mother-to-child transmission of Hiv. New data on the prevention of mother-to-child transmission of Hiv and their policy implications. Conclusions and recommendations*, Geneva, 11-13 October 2000.
3. Ziegler J., Cooper D., Johson., Gold J., *Sydney Aids study. Postnatal transmisión of Aids-associated retrovirus from mother-to-infant*, Lancet 1985; 896-8.
4. Lepage P., Van de Perre., Carael M. et al., *Postnatal transmisión of Hiv from mother to child*, Lancet 1987, 2:400.
5. Lifson A.R., *Do alternative modes for transmisión of human immunodeficiency virus exist? A review*, JAMA 1988; 259:1353-6.
6. European Collaborative Study, *Risk factors for mother-to-child transmisión of Hiv-1*, Lancet 1992;339:1007-12.
7. De Martino M., Tovo P.A.,Tozzi A.E. et al., *Hiv-1 transmisión through breast-milk: appraisal of risk according to duration of feeding*, Aids 1992;6:991-7.
8. Van de Perre P., Lepage P., Homsy J., Dabis F., *Mother-to-infant transmisión of human immunodeficiency virus by breast milk: presumed innocent or presumed guilty?*, Clin. Infect Dis 1992;15:502-7.
9. Gabiano C., Tovo P.A., De Martino M. et al., *Mother- to- child transmisión of human immunodeficiency virus type 1: risk of infection and correlates of transmisión*, Pediatrics 1992;90:369-74.
10. Dunn D.T., Newell M.L., Ades A.E., Peckham C.S.,*Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmisión through breastfeeding*, Lancet 1992;340:585-8.
11. Palasanthiram P., Ziegler J.B., Stewart G.J. el al., *Breas-feeding during primary maternal human immunodeficiency virus infection and risk of transmisión from mother to infant*, J Infect Dis 1993; 167:441-4.
12. Van de Perre P., Simonon A., Hitimana D.G. el al., *Infective and anti-infective properties of breasmilk from Hiv-1-infected women*, Lancet 1993;341:914-8.
13. Datta P.,Embree J.E.,Kreiss J.K. et al., *Mother-to-child transmisión of human immunodeficiency virus type 1: report from the Nairobi Study*, J Infect Dis 1994;170:1134-40.

14. Bertolli J., St Louis M.E., Simonds R.J. et al., *Estimating the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a breast-feeding population in Kinshasa, Zaire*, *J Infect Dis* 1996;174:722-6.
15. Ekpini E.R., Victor S.Z., Satten G.A. et al., *Late postnatal mother-to-child transmission of Hiv-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire*, *Lancet* 1997;349:1054-9.
16. Karlsson K., Masawe A., Urassa E. et al., *Late postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 infection from mothers to infants in Dar es Salam, Tanzania*, *Pediatr Infect Dis J* 199;1:963-7.
17. Bobat R., Moodley D., Coutsooudis A., Coovadia H., *Breastfeeding by Hiv-1 infected women and outcome in their infants: a cohort study from Durban, South Africa*. *Aids* 199;11:1627-33.
18. Tess B.H., Rodríguez L.C., Newell M.L., Dunn D.T., Lago T.D., *Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of Hiv-1 in Sao Paulo State, Brazil*, *Aids* 1998;12:513-20.
19. Tess B.H., Rodríguez L.C., Newell M.L. Dunn D.T. Lago T.D., *Infant feeding and risk of mother-to-child transmission of Hiv-1 in Sao Paulo State, Brazil*, *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviro* 1998;19:189-94.
20. Leroy V., Newell M.L., Dabis F. et al., *International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of Hiv-1 infection. Ghent International Working Group on Mother-to-child Transmission of Hiv*, *Lancet* 1998;352:597-600.
21. Miotti G.P., Taha T.E., Kumwenda N.I. et al., *Hiv transmission through breastfeeding: a study in Malawi*, *JAMA* 1999;282:744-9.
22. Olayinka B., Oni A.O., Mbajjorgu F.E., *Impact of infant feeding practices on the risk of mother to child transmission of Hiv-1 in Zimbabwe*, *J Paediatr Child Health* 2000;36:313-7.
23. John G.C., Nduati R.W., Mbori-Ngacha D.A. et al., *Correlates of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (Hiv-1) transmission: association with maternal plasma Hiv-1 RNA load, genital Hiv-1 DNA shedding, and breast infections*, *J Infect Dis* 2001;183:205-212.
24. Wade N.A., Birkhead G.S., Warren B.L. et al., *Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus*, *N Engl J Med* 1998;339:1409-14.
25. Shaffer N., Chuachoowong R., Moc P.A. et al., *Short-course zidovudine for perinatal Hiv-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial*, *Lancet* 1999;353:773-80.
26. Wiktor S.Z., Ekpini E., Karon J.M. et al., *Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of Hiv-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised trial*, *Lancet* 1999;353:781-5
27. Dabis F., Masellati P., Meda N. et al., *6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of Hiv in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial*, *Lancet* 1999;353:786-92.
28. Lallemand M., Jourdain G., Le Coeur S. et al., *A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1*, *N Engl J Med* 2000;343:982-91.
29. Guay L.A., Musoke P., Fleming T. et al., *Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of Hiv-1 in Kampala, Uganda: HivNET randomised trial*, *Lancet* 1999;354:795-802.
30. Marseille E., Kahn J.G., Mmiro F. et al., *Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical Hiv-1 transmission in sub-Saharan Africa*, *Lancet* 1999;354:803-9.
31. CDC, *Recommendations for assisting in the prevention of the perinatal transmission of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus and acquired immunodeficiency syndrome*, *MMWR* 1985; 34:721-6, 731-2.
32. CDC, *Public Health Service guidelines for counselling and antibody testing to prevent Hiv infection and Aids*, *MMWR* 1987;36:509-15.
33. Connor E, M., Sperling R.S., Gelber R. et al., *Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment*, *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
34. *Who Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis*, *Lancet* 2000;355:451-5.

35. Kennedy K.I., Fortney J.A., Bonhomme M.G., Potts M., Lamptey P., Carswell W., *Do the benefits of breastfeeding outweigh the risk of of postnatal transmission of Hiv via breastmilk?*, Trop Doc 1990;20:25-9.
36. Nicoll A., Killewo J.Z., Mgone C., *Hiv and infant feeding practices: epidemiological implications for sub-Saharan African countries*, Aids 1990;4:661-5.
37. Lederman S.A., *Estimating infant mortality from human immunodeficiency virus and other causes in breast-feeding and bottle-feeding populations*, Pediatrics 1992;89:290-6.
38. Hu D.J., Heyward W.L., Byers R.H. et al., *Hiv infection and breast-feeding: policy implications through a decision analysis model*, Aids 1992;6:1505-13.
39. Del Fante P., Jenniskens F., Lush L. et al., *Hiv, breast-feeding and under-5 mortality: modelling the impact of policy decisions for or against breast-feeding*, J Trop Med Hyg 1993;96:203-11.
40. Cutting W.A., *Breastfeeding during the Hiv epidemic: The dilemma: preventing vertical transmission or preventing death*, J Trop Pediatr 1994;40:64-5.
41. Nagelkerke N.J., Moses S., Embree J.E., Jenniskens F., Plummer F.A., *The duration of breastfeeding by Hiv-1-infected mothers in developed countries: balancing benefits and risks*, J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1995;8:176-81.
42. Kuhn L., Stein Z. *Infant survival, Hiv infection, and feeding alternatives in less-developed countries*, Am J Public Health 1997;87:926-31.
43. Morrison P., *Hiv and infant feeding: to breastfeed or not to breastfeed: the dilemma of competing risks. Part 1*, Breastfeed Rev 1999;75-13.
44. Morrison P., *Hiv and infant feeding: to breastfeed or not to breastfeed: the dilemma of competing risks. Part 2*, Breastfeed Rev 1999;7:11-20.
45. Freedman A.L., Steclow S., *Wyeth, Nestlé offer free tins to stem spread of Aids; children's agency balks*, Wall Stret Journal, Decembe 5, 2000.
46. Who, *Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices*, Geneva:Who, 1991.
47. Coutsooudis A., Pillay K., Spooner E., Kuhn L., Coovadia H.M., *For the South African Vitamin A Study Group. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of Hiv-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study*, Lancet 1999;354:4716.
48. Coutsooudis A., Pillay K., Kuhn L. et al., *Method of feeding and transmission of Hiv-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa*, Aids 2001; 15: 379-87.
49. Coutsooudis A., Pillay K., Spooner E., Kuhn L., Coovadia H.M., *Randomized trial testing the effect of vitamin A supplementation on pregnancy outcomes and early mother-to-child Hiv-1 transmission in Durban, South Africa*, Aids 1999;13:1517-24.
50. Nduati R., John G., Mbori-Ngacha D. et al., *Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of Hiv-1: a randomized clinical trial*, JAMA 2000;283:1167-74.
51. Jeffery B.S., Mercer K.G., *Pretoria pasteurisation: a potential method for the reduction of postnatal mother to child transmission of the human immunodeficiency virus*, J Trop Pediatr 2000;46:219-23.
52. Basset M.T., *Psychosocial and community perspectives on alternatives to breastfeeding*, Ann N Y Acad Sci 2000;918:128-35.
53. Seidel G., Sewpaul V., Dano B., *Experiences of breastfeeding and vulnerability among a group of Hiv-positive women in Durban, South Africa*, Health Policy Plan 2000;15:24-33.

* * * *

CUADRO 1 / Las recomendaciones de Onusida.

(texto traducido de diferentes páginas del documento nº 2 de la bibliografía)

Las intervenciones para prevenir la transmisión de la madre al hijo del VIH no deben realizarse de forma aislada, sino que deben integrarse, en la medida de lo posible, en los servicios de salud reproductiva. Además, estas intervenciones deben ser consideradas como parte de una respuesta más amplia al problema VIH/Sida, que incluye un amplio acceso a la asistencia y al apoyo para las madres seropositivas y a sus familias, incluido el tratamiento de las infecciones oportunistas y el acceso al tratamiento específico del VIH.

La estrategia recomendada por las agencias de las Naciones Unidas para prevenir la transmisión desde la madre al niño del VIH incluye: (1) la prevención primaria de la infección del VIH entre los futuros padres, (2) la evitación de los embarazos indeseados en las mujeres seropositivas, y (3) la prevención de la transmisión del VIH de la mujer infectada a su niño.

(Por lo que se refiere al tercer punto) el inicio de todas las intervenciones es el “*voluntary counselling and testing (VCT)*” seguido de la administración de zidovudina desde la 36ª semana del embarazo y durante el parto a las madres que resulten positivas al test, y counselling sobre las diversas opciones de alimentación del recién nacido. Estudios clínicos controlados más recientes han demostrado que otros regímenes breves de medicamentos anti-retrovirales, la combinación de de zidovudina y lamivudina, y la nevirapina, son eficaces para reducir el riesgo de transmisión. Otras actuaciones para prevenir la transmisión del VIH son la cesárea electiva y evitar la lactancia al pecho.

RECOMENDACIONES

Alimentación

Cuando la alimentación artificial es aceptable, factible, abordable económicamente, sostenible y segura, se debe recomendar a una madre infectada evitar de forma absoluta la lactancia al pecho.

En caso contrario, se recomienda la lactancia al pecho en exclusiva (ninguna otra bebida ni alimento) durante los primeros meses de vida.

Para minimizar el riesgo de transmisión, la lactancia al pecho debe ser suspendida en cuanto sea posible, teniendo en cuenta las circunstancias locales, la situación de cada mujer y los riesgos de la alimentación sustitutiva (comprendiendo otras infecciones distintas del VIH y la malnutrición).

Cuando una madre con VIH escoge no amamantar desde el nacimiento, o suspender la lactancia al pecho más tarde, se le deben suministrar guías y ayudas específicas para, por lo menos los primeros dos años de vida del hijo, para garantizar una alimentación sustitutiva adecuada. Los programas deben desarrollarse de tal forma que mejoren las condiciones que hacen que la alimentación artificial sea más segura para la madre con VIH y su familia.

Suspensión de la lactancia al pecho

Las madres con VIH que lactan al pecho deben recibir guías y apoyo cuando suspenden la lactancia, para evitar consecuencias perjudiciales desde el punto de vista nutricional y psicológico, y para mantener la salud de la mama.

Counselling sobre la alimentación infantil

Todas las madres con VIH deben ser objeto de counselling, lo que comprende suministrar información general sobre los riesgos y los beneficios de las diferentes opciones alimentarias y una guía específica para elegir la opción probablemente más adaptada a cada situación. Sea cualquiera su elección, cada madre debe recibir apoyo para llevarla a cabo.

Deben realizarse valoraciones locales para identificar el abanico de opciones alimentarias aceptables, factibles, abordables económicamente, sostenibles y seguras en cada contexto específico.

Las informaciones y la educación sobre la transmisión del VIH de la madre al niño deben ser dirigidas urgentemente al público en general, a las comunidades afectadas por la enfermedad y a las familias.

Se debe informar, formar, utilizar, supervisar y apoyar un número adecuado de personas que puedan dar consejo y apoyo sobre la alimentación infantil a las madres con VIH. Tales apoyos deben incluir una actualización cada vez que surjan nuevas informaciones y recomendaciones.

Salud de la mama

Las mujeres con VIH que dan el pecho deben ser asistidas para comprobar que aplican una técnica correcta de lactancia a fin de prevenir patologías de la mama, y deben ser tratadas si tales patologías aparecen.

Salud de la madre

Las mujeres con VIH deben tener acceso a la información, asistencia clínica continuada y apoyo, comprendida la planificación familiar y la ayuda nutricional. Los servicios de planificación familiar son particularmente importantes para las mujeres con VIH que no amamantan al pecho.

14. Malaria Y VIH / SIDA: ¿Dos patologías independientes?

Paolo Francesconi
Instituto Superior de Sanidad, Italia

- En África subsahariana, SIDA y Malaria figuran entre los mayores problemas de salud pública, con más de 28,5 millones de personas infectadas actualmente con VIH y más del 70% de la población expuesta a la transmisión palúdica estable. La infección simultánea VIH / Malaria es probablemente muy común y comprender de qué forma ambas infecciones se interactúan podría ser importante para el control de una y otra. A pesar de esta situación, dicha interacción ha sido, por el momento, relativamente poco estudiada.

En las zonas de transmisión palúdica estable, los individuos adquieren un cierto grado de inmunidad contra las manifestaciones clínicas de infección con los parásitos maláricos (*anti-toxic immunity*) y, sucesivamente también, contra la misma infección (*anti-parasity immunity*). En este proceso intervienen mecanismos, sean humorales, sean propiamente celulares. Es pues biológicamente plausible que la progresiva inmunosupresión causada por el VIH aumente la susceptibilidad a la infección palúdica y al paludismo clínico¹⁻².

Los primeros estudios sobre el razonamiento expuesto dieron resultados no concluyentes³. Por el contrario, algunos trabajos recientes han demostrado dicho efecto de la infección con VIH. Un estudio realizado en Malawi ha demostrado una mayor prevalencia de la parasitemia palúdica en mujeres embarazadas seropositivas que en mujeres grávidas seronegativas⁴. En un estudio de cohortes, realizado en el sur de Uganda sobre una población de adultos seropositivos, se ha observado que la incidencia de los ataques clínicos de paludismo aumenta cuando disminuye el nivel de los linfocitos TCD4⁵. Otros estudio de cohortes, realizado en el sudoeste de Uganda sobre individuos adultos seropositivos y seronegativos, ha demostrado que el riesgo de ser parasitado y de enfermar de paludismo clínico es significativamente más alto en los sujetos VIH-positivos que en las personas VIH-negativas y, que tal riesgo, aumenta según disminuye el número de linfocitos TCD4⁶. Finalmente, en el estudio caso-control realizado por el Instituto superior de Sanidad en el Hospital de Lacor, en el norte de Uganda, ha demostrado que la incidencia de paludismo clínico en adultos está significativamente asociada a la infección con VIH⁷.

El nivel de asociación entre infección por VIH y ataques de paludismo clínico demostrado en los dos últimos estudios, es del orden de un incremento de riesgo de tres a cuatro veces. Resulta, pues, relativamente bajo si se compara con los niveles de asociación entre infección por VIH y las clásicas enfermedades oportunistas. No obstante este hecho, dada la elevada frecuencia de las dos infecciones, incluso una débil asociación puede tener efectos importantes sobre la incidencia del paludismo en la población adulta, y el tratamiento antipalúdico debería incluirse en cada bloque para el control de las enfermedades oportunistas por VIH. Además, en los casos en que gracias a las intervenciones del *counselling* y *Test voluntario* es posible identificar a las personas VIH-positivas, la prevención del paludismo durante el embarazo debería ser potenciada en las mujeres positivas, por ejemplo, aumentando el número de tomas del tratamiento preventivo.

A su vez, la repetida infección palúdica determina la activación de los linfocitos TCD4⁺⁸ y una elevada concentración plasmática de la citoquina pro-inflamatoria⁹, inhiben la inmunidad específica antiviral celulo-mediada^{10,11,12}, y por ello podría estimular la replicación del VIH y, por lo tanto, acelerar la progresión de la enfermedad de Sida¹⁴.

Algunos estudios preliminares, realizados en colaboración entre la Cátedra de Inmunología de la Universidad de Milán y el Instituto Superior de Sanidad de Italia, han señalado que las personas residentes en África presentan una constante hiperactivación del sistema inmunitario que, en los VIH positivos, podría ser uno de los factores responsables de la progresión más rápida de la enfermedad, cuando se compara con la de los países occidentales^{15,16,17}.

Esta hiperactivación está relacionada con factores ambientales y no está genéticamente determinada, como lo demuestra el hecho de que esté también presente en europeos residentes en África durante largos periodos y desaparece en africanos emigrados en Europa. Entre los factores ambientales potencialmente implicados, es probable que la infección palúdica represente un papel predominante.

Una evidencia más específica sobre la interacción entre la infección palúdica y la progresión de la enfermedad por VIH es proporcionada por la observación de que la replicación del VIH se acelera *in vitro* exponiendo células mononucleares al antígeno palúdico¹⁸, e *in vivo* infectando cobayas transgénicos, portadores de copias completas del genoma viral del VIH, con el *Plasmodium chabaudi*¹⁹. Por último, un estudio reciente realizado sobre sujetos seropositivos ha demostrado que los *proviral loads* están significativamente más elevados en pacientes afectados por el paludismo clínico que en los controles, y persisten altos al menos durante cuatro semanas después del tratamiento²⁰. Por analogía, es además interesante observar que estudios sobre la asociación entre otras enfermedades parasitarias y la progresión de la enfermedad por VIH han demostrado que la replicación del VIH se encuentra aumentada en pacientes co-infectados con la filaria²¹, y que, el tratamiento de algunas helmintiasis y de la leishmaniosis en sujetos VIH-positivos, determina una reducción de la viremia^{22,23}.

Las frecuentes infecciones palúdicas podrían no sólo representar un componente significativo de la patología oportunista de las personas inmuno-deprimidas, sino también un factor fundamental en la aceleración de la enfermedad por VIH hacia el Sida y la muerte

Por lo tanto, las frecuentes infecciones palúdicas, aunque sean prontamente tratadas cuando se hacen sintomáticas, podrían no sólo representar un componente significativo de la patología oportunista de las personas inmuno-deprimidas, sino también un factor fundamental en la aceleración de la enfermedad por VIH hacia el SIDA y la muerte.

Actualmente, el tratamiento del paludismo en las personas VIH positivas se limita a la medicación de los episodios clínicos. A causa de la activación del sistema inmunitario causada por las continuas infecciones asintomáticas y de la lenta normalización de los parámetros inmunológicos alterados después del tratamiento, una eficaz prevención del paludismo en los pacientes VIH positivos podría no solamente disminuir la morbilidad y la mortalidad del propio paludismo, sino también retardar la progresión de la enfermedad por VIH. Estudios dirigidos a confirmar esta hipótesis son urgentemente

necesarios a causa de las importantes aplicaciones prácticas que podrían derivarse, sobre todo, si las terapias anti-retrovirales continuaran siendo inasequibles a la enorme mayoría de los africanos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Unaid, *Aids epidemic update: december 2000*, Geneva: Unaid, 2000.
2. Who, *World malaria situation in 1994*, Wkly Epidemiol Rec 1997, 36:269-274.
3. Chandramohan D., Greenwood B.M., *Is there an interaction between human immunodeficiency virus and Plasmodium falciparum?*, Int J Epidemiol 1998; 27:296-301.
4. Verhoeff F.H., Brabin B.J., Hart C.A., Chimsuku L., Kazembe P., Broadhead R.L., *Increased prevalence of malaria in VIH-infected pregnant women and its implication for malaria control*, Trop Med Int Health, 1999;4:5-12.
5. French N., Gilks C.F., *Hiv and malaria, do they interact?*, Trans R Top Med.Hyg 2000;94:233-237.
6. Whitworth J. et al., *Effect of Hiv-1 and increasing immunosuppression on malaria parasitaemia and clinical episodes in adults in rural Uganda: a cohort study*, Lancet 2000;356:1051-1056.
7. Francescone P. Et al., *Malaria parasites, Hiv and acute febrile episodes: a case-control study*, Submitted for publication. .
8. Worku S. et al., *Lymphocyte activation and subset redistribution in the peripheral blood in acute malaria illness: distinct T cell patterns in Plasmodium falciparum and P. vivax infections*, Clin Exper Immunol 1997;108:34-41.
9. Wahlgren M. El al., *Adhesión of Plasmodium falciparum-infected erythrocytes to human cells and secretion of cytokines*, Scand J Immunol 1995;42:626-663.
10. Riley E.M. et al., *Cellular immune responses to Plasmodium antigens in Gambian children during and after and acute attack of falciparum malaria*, Clin Exp Immunol 1988;73:17-22.
11. Whittle H.C. et al., *T-cell control of Epstein-Barr virus infected B cells in lost during P. falciparum malaria*, Natue 1984; 312:449-50.
12. Whittle C. et al. *Effects of Plasmodium falciparum malaria on immune control of B lymphocytes in Gambian children*, Clin Exp Immunol 1990;80:213-18.
13. Weissman D. et al., *The efficiency of acute infection of CD4+T cells in markedly enhanced in the setting of antigen-specific immune activation*, J Exp Med 1996;183:687-692.
14. Mellors J.W. et al., *Prognosis in Hiv-1 infection predicted by the quantity of virus in plasma*, Science 1996;272:1167-1170.
15. Rizzardini et al., *Immunological activation markers in the serum of African and European Hiv seronegative and seronegative individuals*, Aids 1996;10:1535-44.
16. Rizzardini et al., *Immune activation in Hiv-infected African individuals*, 1998;12:2387-96.
17. Clerici et al., *Immune activation in Africa is environmentally driven and is associated with upregulation of CCR5*, Aids 2000, 14:2083-92.
18. Xiao L.H. et al., *Plasmodium falciparum antigen induced human immunodeficiency virus type 1 replication is mediated through induction of tumor necrosis factor-alpha*, 1998;177:437-445.
19. Freitag C. et al., *Malaria infection induces increased viral expression in Hiv-1 transgenic mice possible role for malaria specific T cells in viral induction*, XIII International Aids Conference, 2000 (abstract TuPeA3105).
20. Hoffman I.F. et al., *The effect of Plasmodium falciparum malaria on Hiv-1 RNA blood plasma concentration*, Aids 1999;13:487-494.
21. Gopinath D.R. et al., *Filarial infection augments susceptibility to Hiv infection*, J Infect Dis 2000;182:1804-1808.
22. Wolday D. et al., *Erradication of helminthic infection decreases Hiv plasma load in dually-infected people. 7th Conference of retroviruses and opportunistic infections*, San Francisco,CA, February 2000 (Abs 157).
23. Behre N. et al., *Hiv viral load and response to anti-leishmanial chemotherapy in co-infected patients*, Aids 1999;13:1921-1925.

15. LA ASISTENCIA Y EL APOYO A LOS PACIENTES AFECTADOS POR VIH/SIDA.

Erasmus T. Otolok

Coordinador sanitario, diócesis de Lugazi - Uganda

- Uganda: millón y medio de personas infectadas o enfermas de VIH/SIDA, 2 millones de huérfanos, el 50-70% de camas de hospital ocupadas por pacientes con SIDA y enfermedades asociadas. Cerca de mil organizaciones han sido movilizadas en la actividad de *consuelling*, apoyo económico y psicológico, asistencia sanitaria domiciliaria y asistencia a los huérfanos.

LA SITUACIÓN EN UGANDA

Los primeros casos de SIDA en Uganda aparecieron en 1982, entre comerciantes del distrito de Rakai. En 1987 se estableció, con ayuda de la OMS, el Programa Nacional de control del SIDA. En aquella época eran ya numerosos los casos de SIDA diagnosticados en los centros urbanos. En 1991 se calculaba que eran alrededor de 1,5 millones los ugandeses infectados por VIH, cerca del 10% del total de la población. A comienzos de 1994 los casos de SIDA declarados por el Programa Nacional de control eran más de 53.000.

La epidemia se ha difundido a todos los distritos del país, aunque su prevalencia, sin embargo, varía en las distintas regiones. La tasa de infección en el distrito de Moyo, nordeste del país es muy baja, de un 2% de la población sexualmente activa; los niveles más altos se registran en la capital, Kampala, y en otros importantes centros urbanos, aunque también en algunos distritos del suroeste.

La relación entre hombres y mujeres seropositivos es de 1:1, con una media de edad para las mujeres de 30 años, contra los 34 de los hombres. En el grupo de edad de 15-19 años, el número de mujeres seropositivas es seis veces superior al de los hombres. La tasa de seropositividad entre las mujeres que utilizan la *terapia prenatal* -“*ante-natal clinics*”- varía desde el 5% en las áreas rurales al 29% en algunas zonas urbanas.

Con respecto a los demás países del África Subsahariana, el gobierno ugandés, apoyado por las comunidades de base y por las organizaciones no gubernamentales (ONGs) que trabajan localmente, ha mostrado el mayor grado de conciencia al considerar el alcance del problema VIH/SIDA. En consecuencia, se están desarrollando muchas iniciativas de prevención y asistencia en el país. La mayor parte de éstas surgieron como respuestas de emergencia frente a la calamidad del SIDA.

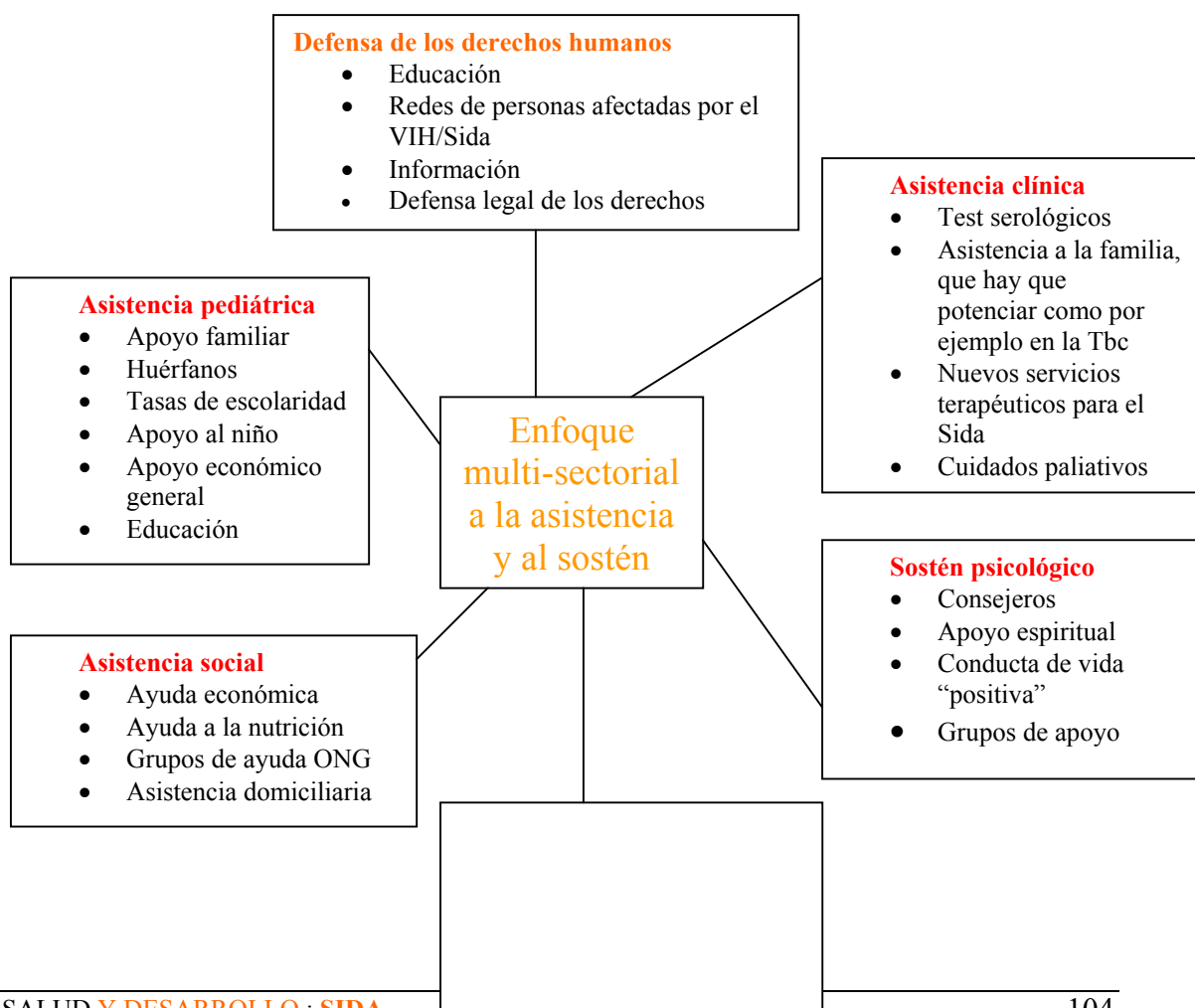
Actualmente existen en Uganda más de 1.000 organizaciones para la prevención y el tratamiento del SIDA. Las iniciativas y las oportunidades que se ofrecen incluyen:

- servicios de consulta (*counselling*) y de información de base;
- grupos de apoyo y de encuentro para las personas afectadas por VIH/SIDA;
- asistencia domiciliaria;

- movilización de la comunidad y enfoque basado en la comunidad - *community based-*;
- apoyo a los huérfanos por SIDA;
- protocolo para el seguimiento clínico de los pacientes;
- facilitación de acceso a los medicamentos esenciales;
- tratamientos paliativos para los enfermos terminales;
- asociación con los servicios especializados hospitalarios, gestionados por el Gobierno y por el sector privado, para el seguimiento de los casos de VIH/SIDA.

El organismo responsable de la coordinación de las organizaciones y de la actividad relacionada con el SIDA en Uganda, es la Comisión Nacional para el SIDA. Las iniciativas están financiadas con fondos del Banco Mundial. El presupuesto para el proyecto actual del SIDA en Uganda, para los años 2001-2006, es de 50 millones de dólares y está asegurado por el Banco Mundial.

Todo el mundo sabe que Uganda ha registrado una reducción de las tasas de prevalencia y de incidencia de las infecciones por VIH, aunque todavía permanecen inaceptablemente muy elevadas. Las actividades y los esfuerzos combinados han mejorado también la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA. Cada una de ellas puede encontrar asistencia, información y atención; el gobierno proporciona los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades venéreas, la tuberculosis y otras muchas enfermedades relacionadas con el SIDA. La clave de la favorable evolución histórica de la batalla contra el VIH/SIDA en Uganda reside en el enfoque multisectorial a la asistencia y al apoyo, como se sintetiza en el siguiente diagrama:



LAS DIFERENTES MODALIDADES DE RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO Y APOYO

En Uganda, la sistemática de la asistencia proporcionada a los enfermos de VIH/SIDA tiene en cuenta las necesidades tanto de tipo médico como de tipo psico-social, de forma que se mejoren la calidad de vida y se aumente su esperanza en las personas portadoras del VIH. Los componentes esenciales de dicho programa sanitario pueden reagruparse en las siguientes seis áreas:

- Serodiagnóstico voluntario para el VIH y actividad de consejo (dar a conocer el propio estado de seropositividad de forma no “amenazante”; aprender a enfrentarse con la novedad; planificar el futuro).
- Actuaciones de tipo médico (tratamiento preventivo contra la tuberculosis, la toxoplasmosis, etc; diagnóstico precoz de la patología asociada con la infección por VIH y de las infecciones oportunistas, gracias a un adecuado soporte de laboratorio; tratamiento racional con medicamentos esenciales y uso de terapias combinadas con fármacos anti-retrovirales, tratamientos paliativos y terapia antiálgica).
- Atenciones de enfermería (apoyo nutricional y psicológico, mantenimiento de la higiene personal, tratamiento paliativo y educación para la prevención en el ámbito domiciliario, control de las infecciones).
- Apoyo psicológico (aceptación de la seropositividad y de sus consecuencias; mantener abierta la actividad de la asesoría para los enfermos y sus familiares inmediatos; reconocer y reducir los comportamientos de riesgo; contracepción; seguimiento del tratamiento farmacológico; problemas relacionados con la fase terminal y el fallecimiento)
- Apoyo social (intercambio de información, servicios sociales, apoyo legal, asistencia domiciliaria, ayuda a la alimentación, educación y cuidado de los huérfanos).
- Plano de referencia (dónde ir para obtener un determinado servicio, entre los que hemos citado más arriba.)

La prioridad, dentro de estas áreas de intervención, depende tanto de la disponibilidad financiera de la institución que presta los servicios como de la fase de desarrollo de la infección, dentro del conjunto de la epidemia de VIH en la comunidad. En las fases precoces de la infección, se hace mayor énfasis en la actividad de la asesoría, el esfuerzo para combatir la discriminación y para prever tratamientos adecuados para las infecciones oportunistas; en las fases avanzadas de la enfermedad la atención domiciliaria, los tratamientos paliativos y el apoyo a la familia, adquieren un mayor peso.

SERVICIOS DE CONSULTA E INFORMACIÓN DE BASE

El *counselling* realiza un papel básico en la estrategia “ampliada” de tratamiento y apoyo del VIH/SIDA y ha representado la primera respuesta a la infección en Uganda. Los servicios de asesoría se proporcionan en los hospitales y en las demás estructuras sanitarias, a los que se reconoce un papel clave en el seguimiento y en el tratamiento de las personas afectadas por el virus.

El mundo político ha tenido ocasión de convencerse de la necesidad de invertir en los servicios de asesoría, de forma estructural. El *counselling* ha sido definido como la actividad principal y básica en el tratamiento y apoyo a las personas afectadas por el

VIH/SIDA. Actualmente, aún son todavía pocas las personas que acceden voluntariamente al *counselling* y a los servicios diagnósticos serológicos; la mayor parte de la población desconoce su propia situación de seropositividad.

GRUPOS DE AYUDA Y DE AUTOSOSTENIMIENTO

Estas organizaciones se han formado como respuesta a la discriminación y al marchamo de infamia que señalan a las personas afectadas por el VIH/SIDA. Estos comportamientos, unidos al miedo, han originado el nacimiento de grupos de auto-ayuda, capaces de ofrecer sostén, de compartir experiencias y de discutir abiertamente los problemas comunes a los miembros de grupo.

El resultado ha sido el reconocimiento de los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA, y su implicación a todos los niveles en las actividades de lucha contra la epidemia.

TRATAMIENTOS DOMICILIARIOS

Ha sido ampliamente reconocido en Uganda que mantener dentro de la comunidad a las personas afectadas por VIH/SIDA, en un estadio precoz de la infección, garantizando sus necesidades individuales extra-hospitalarias, representa la solución más adecuada.

MOVILIZACIÓN COMUNITARIA Y ENFOQUE “COMMUNITY-BASED”

La movilización de la comunidad ha representado un papel fundamental en la lucha contra el VIH/SIDA en Uganda: se han formado numerosas asociaciones de voluntariado, tales como grupos femeninos y religiosos; otras asociaciones han ampliado su actividad, comprendiendo el problema VIH/SIDA y procurando dar una respuesta a las necesidades psicológicas, sociales y materiales, especialmente a nivel domiciliario. La disponibilidad de estos grupos dependen de los recursos que los voluntarios sean capaces de obtener. Sus actividades pueden ser resumidas en los siguientes tipos de intervenciones:

- actividades de ayuda a las casas familiares;
- espacios de encuentro para realizar intercambios de experiencias;
- ayuda alimentaria;
- promoción de una conducta vital positiva;
- asesorías familiares;
- “*health education*”;
- tratamientos domiciliarios;
- facilitar el acceso a los “*primary health care*”.

Las actividades a nivel comunitario figuran entre las más fuertes e importantes respuestas potenciales para garantizar un tratamiento y una ayuda eficaz. En algunas zonas donde no se han desarrollado dichas actividades, figuran como prioridades a promover.

AYUDA A LOS NIÑOS HUÉRFANOS POR CAUSA DEL SIDA

En Uganda, más de dos millones de niños de menos de 10 años han perdido a alguno de sus progenitores a causa del SIDA. El problema de los huérfanos es un buen ejemplo de multisectorialidad en el ámbito de la epidemia de VIH, porque es necesaria la implicación de múltiples agencias gubernativas para afrontarlo de forma organizada: los servicios educativos, sociales y de Seguridad Social, para citar los más importantes. Se ha prestado una atención particular a la situación de los huérfanos de SIDA no sólo por

la importancia numérica del problema, sino también porque estos niños han sido considerados “de riesgo” mucho antes de la muerte de ambos progenitores.

En Uganda, la asistencia externa está encaminada a mejorar la capacidad de las familias y de las comunidades para satisfacer las necesidades de los niños; dicha asistencia debería asegurar las necesidades a largo plazo, tales como la educación y también las necesidades inmediatas del núcleo familiar, partiendo de la seguridad económica.

FACILIDADES DE ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

Este capítulo constituye, en la actualidad, una parte esencial de la asistencia sanitaria en Uganda. Se ha asegurado el suministro de medicamentos para combatir las patologías correlacionadas con el VIH, así como la tuberculosis y las ETS. También se han introducido los costosos fármacos anti-retrovirales, si bien su uso está aún limitado a una minoría de la población, en los hospitales, a causa precisamente de su costo.

VÍNCULOS CON LAS ONGs Y EL SECTOR PRIVADO

Gran parte del trabajo pionero de tratamiento y apoyo ha sido desarrollado por las ONGs, gracias a la movilización de sus propios recursos ó canalizando fondos, para las ayudas sociales. Grupos comunitarios y hospitales misionales privados, “*not-for-profit*”, con independencia del gobierno, han desarrollado un trabajo rápido y flexible de respuesta a la epidemia VIH/SIDA en Uganda. Los donantes han preferido financiar las actividades de las ONGs antes que atravesar la lenta burocracia estatal. La sostenibilidad de los servicios proporcionados por las ONGs está resultando significativamente elevada. Sin embargo, el costo de los servicios sanitarios ha aumentado en los últimos diez años. Por consiguiente, algunas ONGs podrían abandonar la tarea, dejando a las estructuras gubernativas locales la misión de gestionar los servicios sanitarios en cuanto al problema del VIH/SIDA.

CONCLUSIONES

La carga asistencial en Uganda, en la dura lucha contra la pandemia de SIDA, es muy pesada. Cerca de un 50-70% de las camas para adultos, en los hospitales, está ocupado por enfermos con patologías relacionadas con el VIH. El estado avanzado de la enfermedad ha multiplicado la demanda de tratamientos paliativos y de ayuda psicológica; sin embargo, de manera inmediata, los recursos y los profesionales formados para tales menesteres no están aún disponibles.

Un conjunto de esfuerzos conjugados se ha producido en la gestión de la pandemia de VIH/SIDA. Las personas afectadas por la misma pueden beneficiarse tanto de los servicios gubernamentales como de los de las ONGs. Por otra lado, los fármacos anti-retrovirales son proporcionados a precios todavía demasiado elevados, sólo a disposición de los más afortunados. La elección individual de tratamientos “no convencionales” sigue disminuyendo, a medida que la gente se va haciendo más consciente del problema VIH/SIDA, y tiende cada vez menos a estigmatizarlo. Los costos de la asistencia y el sostén de los enfermos de VIH/SIDA son enormes y dependen aún de forma preferente de la financiación externa. La continuidad de esta red de apoyo está asegurada mediante la colaboración de las distintas asociaciones sanitarias presentes en el país.

16. INVESTIGACION Y VACUNAS

Agostino Riva y Stefano Rusconi

Instituto de Enfermedades infecciosas y tropicales
Universidad de los Estudios. Hospital Luigi Sacco, Milán, Italia.

- Una vacuna segura, altamente eficaz y de bajo costo, constituye el instrumento principal para el control a largo plazo de la pandemia de VIH, especialmente en los países en vía de desarrollo; los resultados obtenidos hasta ahora tienen aspectos frustrantes y la solución no está ciertamente próxima, pero los progresos son tangibles y estimulantes.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la infección por VIH en África podría teóricamente estar próxima a su máximo, si bien no como consecuencia de que sean menos las personas víctimas de la infección. Por otro lado, los fallecimientos debidos al SIDA alcanzarán en breve la magnitud de las nuevas infecciones (*incidencia*), y el número total de casos (*prevalencia*) se estabilizará.

El cuadro es muy diferente variando de un continente a otro y a pesar de los progresos aparentes registrados en la India, China y la antigua Unión Soviética, el África Subsahariana continuará, por mucho tiempo, encabezando la infección por VIH. En el sur de África el VIH continuará infectando al 50% de ciertos grupos sociales, como el de las personas que se prostituyen, los soldados y sus parejas. Estos datos tendrán influencia también sobre la esperanza de vida de las nuevas generaciones en la mayoría de los países del África Subsahariana. Por ejemplo, en Botswana, según recientes cálculos de la OMS, un muchacho de 15 años tiene un riesgo acumulativo del 80% de morir a causa del SIDA. Si esta tendencia continúa, cerca del 70% de los jóvenes que hoy tienen 15 años en Sudáfrica, Zimbabwe, y Zambia, el 50% en Kenya y el 40% en Costa de Marfil, morirán de SIDA.

A pesar de los inmensos obstáculos que se oponen a la disminución de la epidemia de VIH/SIDA en África, el SIDA puede potencialmente activar los mecanismos para reconstruir las estructuras de salud pública, que en África son dramáticamente inexistentes. Entre los varios objetivos que es posible alcanzar mediante programas transversales de salud pública, existen la prevención perinatal del VIH y el tratamiento adecuado de la infección por VIH, incluyendo también el de las infecciones oportunistas. Estos programas serán alcanzables mediante la constitución e implementación de conjuntos terapéuticos que incluyan tanto medicamentos como vacunas contra el VIH.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS

Se han publicado recientemente los resultados de diferentes ensayos terapéuticos realizados en África, que se apoyan en estudios similares ya concluidos sobre la prevención de la transmisión materno-fetal del VIH (Petra y HIV-Nat 012 en Uganda, Saint en Sudáfrica)

Zidovudina (ZDV)/lamivudina (3TC)/saquinavir (SQV) *versus* didanosina (DDI)/estavudina (D4T)/SQV: la comparación entre estos dos regímenes terapéuticos ha sido estudiado en pacientes tailandeses que habían sido anteriormente tratados con ZDV/zalcitabina (DDC). Estos 95 pacientes, que participaron en este estudio de

colaboración VIH-Nat, han evidenciado que la combinación ZDV/3TC/SQV incrementó los valores de hemoglobina y de glóbulos blancos de forma significativa respecto a la combinación DDI/D4T/SQV. Además, los pacientes tratados según el primer régimen terapéutico han mostrado un beneficio respecto a la disminución de la carga viral (VIH/RNA) y al aumento del contagio de linfocitos CD4, aunque de forma no significativa con relación a los pacientes tratados con el segundo régimen terapéutico.

El tratamiento con interleucina 2 (IL-2) más los fármacos anti-retrovirales, ha logrado un mayor aumento de células CD4 nuevas y preexistentes que la terapia con sólo anti-retrovirales. La posología de IL-2 fue: 1,5, 4,5 y 7,5 Miu s.c. durante 5 días cada 8 semanas, durante 3 ciclos. El nivel de las células Cd4, nuevas y antiguas, era idéntico en los cuatro de pacientes al *baseline*. Después de 24 semanas la media de las células, nuevas y antiguas, ha experimentado un aumento significativamente menos pronunciado en los pacientes tratados sólo con anti-retrovirales. El grupo que recibía las dosis más altas de IL-2 presentaba una mejor repuesta. Las personas a quienes se administraba IL-2 han recuperado progresivamente la producción endógena de IL-2, al contrario que sucedía en los pacientes que no la recibían.

Recientemente se ha demostrado que es factible una intervención farmacológica contra el VIH, aunque sea a escala reducida y dentro de protocolos clínicos controlados. Actúan en esta línea algunos grupos, como los holandeses de VIH-Nat y CDC, y Johns Hopkins en los Estados Unidos, que dirigen distintos proyectos según el modelo de la experimentación “occidental”. Se manifiestan dos riesgos en este enfoque, lo que vale tanto para los medicamentos como para las vacunas. En primer lugar, es necesario precaverse con la máxima cautela sobre las tentativas de una mera exportación a los Países en vía de desarrollo de proyectos preconstituidos, vendidos “en bloque” y verosíblemente fuera de la línea de los programas sanitarios de los países de actuación. En segundo lugar está el problema ético. Dar un medicamento o administrar una vacuna no es y no puede ser suficiente sólo por el hecho de que “ahora, en este puesto sanitario no tenemos otra cosa”. Esto es fundamental hablando de medicamentos anti-VIH y todavía lo es más respecto a las vacunas, que serían una enorme ayuda en los Países en desarrollo, dada las dimensiones de la epidemia.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE VACUNAS

La identificación del virus de la inmunodeficiencia humana dio enseguida el impulso para la búsqueda de una vacuna que pudiese proteger contra la infección. En los primeros estudios clínicos, desarrollados en 1987 con vacunas potenciales constituidas por las glicoproteínas de superficie gp 120 y gp 160 demostraron pronto que las expectativas del desarrollo de una vacuna eficaz en breve tiempo eran infundadas.

El mayor problema conceptual para la obtención de una vacuna radica en la falta de correlación inmunológica de protección contra la infección por VIH y contra el desarrollo de la enfermedad. Los estudios realizados con animales y los estudios retrospectivos sobre la historia natural de la enfermedad no han proporcionado datos ciertos; los científicos mantienen que la presencia simultánea de una respuesta humoral y de una respuesta citotóxica es indispensable para una protección eficaz. Otro obstáculo lo constituye la dificultad de identificación de inmunógenos que induzcan una respuesta inmunitaria amplia y duradera sobre el virus. La variabilidad genética del VIH

constituye un ulterior problema para el desarrollo de una vacuna que cubra todas las distintas cepas del virus. Con base en su secuencia nucleótica han sido identificados los 10 mayores sub-tipos genéticos del VIH-1, sub-tipos que tienen una difusión geográfica diferente; la mayoría de las vacunas en experimentación se dirigen contra el subtipo B del virus, que es el de mayor difusión en América del Norte y en Europa; recientemente se han estudiado vacunas contra el subtipo C, que es el prevalente en la India y en África.

Las principales vacunas actualmente en estudio son de dos tipos: vacunas constituídas por gp 120 recombinante, capaces de inducir moderados niveles de anticuerpos neutralizantes, pero no una respuesta CTL, y vacunas constituídas por vectores Canarypox, que estimulan la respuesta citotóxica de los linfocitos T CD8+, pero no una respuesta humoral neutralizante. Es además probable que, para obtener una vacuna altamente eficaz sea también necesario inducir una respuesta “de memoria” de los linfocitos T CD4+. Están en fase de experimentación también vacunas dirigidas contra la proteína del VIH-1 Tat; si bien estas vacunas parecen capaces de inducir la producción de anticuerpos en experimentos realizados con primates, no está aún claro si estos modelos reflejan la historia natural de las infecciones en los humanos.

Otro enfoque distinto se basa en la comprobación de que el virus necesita de los receptores de la B-quimioquina para realizar la infección, ya que, en efecto, las personas con mutaciones del gen de estos receptores resultan resistentes a la infección. Por consiguiente, las vacunas que produzcan anticuerpos contra estos receptores podrían impedir la unión del virus con las células diana y por consiguiente bloquear la infección.

La experimentación vacinal en el hombre puede dividirse en tres fases: las fases 1 y 2 se han realizado sobre unos pocos voluntarios sanos y sirvieron para comprobar la no toxicidad y la seguridad de las vacunas, aparte su capacidad inmunogénica y optimizar su posología. Hasta ahora se han realizado unos 70 estudios de la fase 1, ensayando más de 30 vacunas diferentes, sin encontrar particulares problemas de toxicidad, pero solamente 5 estudios se han realizado en la fase II. Dos estudios están en curso, actualmente, en la fase III, que es la fase de comprobación de la eficacia y se realiza en poblaciones numerosas y de riesgo de infección, por motivos científicos y estadísticos. Los dos estudios en curso se realizan en Estados Unidos sobre 5.400 voluntarios, preferentemente homosexuales, con una vacuna que contiene la gp120 del subtipo B, y en Tailandia sobre 2.500 personas tóxico-dependientes, con una vacuna bivalente que contiene la gp120 de los subtipos B y E. Los resultados iniciales de estos dos estudios deberían estar disponibles hacia finales de 2001.

Dada la necesidad de realizar los estudios de la fase III sobre un amplio número de personas, será preciso implicar a los Países en vía de desarrollo y alta prevalencia de la infección para obtener datos suficientes sobre la eficacia en breve tiempo. Será preciso involucrar a las autoridades locales para que comprendan la necesidad del estudio y su participación activa; será preciso, además, reforzar las infraestructuras locales para conseguir reunir los adecuados estándares científicos y éticos de los estudios. Los resultados de las experiencias realizadas hasta ahora demuestran una eficacia protectora parcial de las vacunas, valorada en menos de un 60%; por tanto, no se puede esperar que las vacunas actualmente en fase avanzada de estudio puedan sustituir completamente a las demás medidas preventivas. La vacunación deberá, de todas

formas, estar siempre acompañada de campañas de información, de educación para la salud y por consejos de comportamiento que prevengan la difusión de la infección.

Es importante subrayar que la prioridad es individualizar vacunas adecuadas a las personas que viven en las zonas de más alta endemia, y por lo tanto, por prototipos virales presentes en los países en vías de desarrollo; las vacunas basadas en los prototipos B y E serán ineficaces en África, donde las cepas prevalentes son las C, A y D. Es necesario que las que las instituciones supranacionales y las industrias farmacéuticas sean conscientes de este problema y dirijan las investigaciones para actuar donde sea más necesario y no donde sea más rentable, a fin de no aumentar la ya enorme diferencia existente entre el Norte y el Sur del mundo. La presión para realizar estudios experimentales sobre vacunas es enorme; no es preciso sin embargo dejarse llevar, bajo el cobijo de la necesidad, a proseguir estudios con vacunas potenciales solamente porque estén disponibles, pero de las que no se tienen datos sobre su inmunogeneidad. Estas vacunas podrían tener efectos deletéreos, tanto por determinar el ejercicio de comportamientos de riesgo, bajo la falsa seguridad de protección, como determinando una mayor susceptibilidad a la infección.

CONCLUSIONES

Una vacuna segura, altamente eficaz y poco costosa, constituiría seguramente el instrumento principal para el control a largo plazo de la pandemia de VIH, especialmente en los Países en vías de desarrollo; los resultados, hasta ahora, han tenido aspectos frustrantes y la solución no está ciertamente próxima, pero los progresos son tangibles y estimulantes.

Mediante la introducción de métodos terapéuticos más potentes y costosos, los gastos sanitarios globales han sido reducidos de forma proporcional a la reducción de las complicaciones serias y gravosas en las fases avanzadas de la infección por VIH. Aunque estas terapias se han mostrado eficientes respecto a los standards de los Países industrializados, la casi totalidad de los Países en vía de desarrollo no pueden permitirse el pago de estos medicamentos y menos el necesario seguimiento de la eficacia terapéutica y de los efectos colaterales.

Los recursos para proporcionar una cobertura adecuada con fármacos anti-retrovirales no existe en los Países en vías de desarrollo, aunque los medicamentos les fuesen suministrados a precios bajísimos, si bien un uso incluso limitado tendría un impacto inmediato sobre la epidemia de Sida. Por otra parte, la complejidad del régimen terapéutico requiere la intervención de expertos y de aparatos muy sofisticados. Esto puede constituir un desafío por ahora no superable. Es necesario encontrar formas de aplicación de la quimioterapia anti-retroviral que sean sencillos y sostenibles en el tiempo. El empleo de estos medicamentos se ha mostrado muy eficaz para reducir la transmisión materno-fetal del VIH, considerando que en algunos territorios de África la mitad de las mujeres embarazadas son seropositivas y la tasa de transmisión vertical alcanza más del 30%.

BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL

Mofeson L.M., McIntyre J.A., *Advances and research directions in the prevention of mother-to-child Hiv-1 transmission*, Lancet 2000;335:WA27-Wa34.

Nicoli A., Newell M.L., Peckham C. et al., *Infant feeding and Hiv-1 infection*, Aids 2000;14(suppl 3):S57-S74.

- Cardiello O., Kroon E., Worarrien W. et al., *Long-term efficacy of saquinavir-solf gelatine capsules (SQV-SGC) in Hiv-1+ Thai patients pretreated with AZT/ddC and randomized to Combivir (AZT/3TC) or ddI/d4T: Hiv-NAT 001.2*, XIII International Aids Conference, Durban, South Africa (2000), Abstract LbPp103.
- Rxrungham K., Buranapradikun S., Sinthuwatanavibul C. et al., *Naïve and memory phenotypes of CD4+T cells and mRNA expression of IL-2 in Hiv-infected Thai patients treated with various doses of subcutaneous (SC) IL-2*, XIII International Aids Conference, Durban, South Africa (2000), Abstract ThPpB1481.
- Gebo K.A., Chaisson R.E., Folkemer J.G., Bartlett J.G., Moore R.D., *Costs of Hiv medical care in the era of highly active antiretroviral therapy*, Aids 1999;13:963-969.
- Moore R.D., *Cost effectiveness of combination Hiv therapy: 3 years later*, Pharmacoeconomics 2000;17:325-330.
- Forsythe S.S., *The affordability of antiretroviral therapy in developing countries: what policymakers need to know*, Aids 1998;12(suppl 2):S11-S18.
- Wood E., Braitstein., Montaner J.S.G. et al., *Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the Aids epidemic in sub-Saharan Africa*, Lancet 2000;355:2095-2100.
- Marseille E., Kahn J.G., Mmiro F. et al., *Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical Hiv-1 transmission in sub-Saharan Africa*, Lancet 1999;354:803-809.
- De Cock K.M. et al., *Prevention of mother-to-child Hiv transmisión in resource-poor countries: translating research into policy and practice*, JAMA 2000;283:1175-1182.
- Rowland-Jones S.L. et al., *Cytotoxic T cell response to multiple conserved Hiv epitopes in Hiv-resistant prostitutes in Nairobi*, J Clin Invest. 102, 1758-1765 (1998).
- Saag M.S. et al., *Extensive variation of human immunodeficiency virus type-1 in vivo*, Nature 334, 440-444 (1988).
- Parren P.W., Burton D.R., & Sattentau Q.J., *Hiv-1 antibody-debris or virion?*, Nature Med.3,366-367 (1997).
- Sattentau Q.J., *Neutralization of Hiv-1 by antibody*, Curr.Opin.Immunol.8,540-545 (1996).
- Burton D.R., *A vaccine for Hiv type 1:the antibody perspective*, Proc.Natl Acad. Sci., Usa 94, 10018-10023 (1997).
- Morens D.M., *Antibody-dependent enhancement of infection and the pathogenesis of viral disease*, Clin.Infect.Dis. 19,500-512 (1994)
- Mascola J.R. et al., *Protection of macaques against vaginal transmisión of a pathogenic Hiv-1/SIV chimeric virus by passive infusión of neutralizing antibodies*, Nature Med. 6,207-210 (2000).
- Baba T.W. et al., *Human neutralizing monoclonal antibodies of the IgG1 subtype protect against mucosal simial-human immunodeficiency virus infection*, Nature Med. 6,200-206 (2000).
- Wyand M.S. et al., *Protection by live, attenuated simian immunodeficiency virus against heterologous challenge*, J.Virol. 73,8356-8363 (1999).
- Dittimer U., Brooks D.M. & Hasenkrug K.J., *Requirement for multiple lymphocyte subsets in protection by a live attenuated vaccine against retroviral infection*, Nature Med.5,189-193 (1999).
- Dean M. et al., *Genetic restriction of Hiv-1 infection and progression to Aids by a deletion allele of the CCR5 structural gene*, Science 273, 1856-1862 (1996).
- Samson M. et al., *Resistance to Hiv-1 infection in Caucasian individuals bearing mutant alleles of the CCR-5 chemokine receptor gene*, Nature 382,722-725 (1996).
- Letvin N.L., *Progress in the development of an Hiv-1 vaccine*, Science 280, 1875-1880 (1998).
- Barouch D.H. et al., *Control of viremia and prevention of clinical Aids in rhesus monkeys by cytokine-augmented DNA vaccination*, Science 290, 486-492 (2000).
- Andre S. et al., *Increase immune response elicited by DNA vaccination with a syntetic gp120 sequence with optimized condon usage*, J.Virol. 72,1497-1503 (1998).
- Tartaglia J. et al., *Canarypox virus-based vaccines: primeboosts strategies to induce cell-mediated and humoral immunity against Hiv*, Aids Res. Hum. Retroviruses 14(Suppl. 3), S291-S298 (1998).
- Cafaro A. et al., *Control of Shiv-89.6P-infection of cynomolgus monkeys by Hiv-1 Tat protein vaccine*, Nature Med. 5,643-650 (1999).
- Pauza C.D. et al., *Vaccination with tat toxoid attenuates disease in simian/Hiv-challenged macaques*, Proc. Natl Acad.Sci.Usa 97, 3515-3519 (2000).
- LaCasse R.A. et al., *Fusion-competent vaccines: broad neutralization of primary isolates of Hiv*, Science 283, 357-362 (1999).

17. EL SIDA EN AFRICA

- **En 20 años el SIDA ha matado cerca de 22 millones de personas, de las cuales 17 millones en África. A finales del año 2001 había en el mundo cerca de 40 millones de personas seropositivas, 28,5 millones se encontraban en África. De los aproximadamente 14 millones de niños huérfanos por causa del SIDA, 12,1 millones viven en África. El VIH/SIDA esta destruyendo los escasos progresos de los últimos diez años. El SIDA está minando las bases sociales de naciones enteras. El Sida esta amenazando el futuro de muchas naciones. Muchas de las estadísticas que se citan podrían ser exageradas por defecto. No hay lugar para la incredulidad y el escepticismo.**

EL MUNDO SE DESPIERTA FRENTE A UNA CATASTROFE ANUNCIADA.

Una tragedia de proporciones sin precedente esta aconteciendo en África. El SIDA esta causando mas muertos que la suma total de las victimas de todas las guerras, carestías, inundaciones y de enfermedades como la malaria. El HIV/SIDA esta teniendo un efecto devastador en las familias, en las comunidades, en la sociedad y en la economía. Decenas de años se han perdido en la esperanza de vida de las poblaciones, y la mortalidad infantil aumentara el doble en los países mas golpeados por la enfermedad. El SIDA es una verdadera catástrofe y esta aniquilando los progresos en desarrollo conseguidos en los últimos decenios, y esta sabotando el futuro de África.

Así se manifestaba Nelson Mándela en la conferencia internacional sobre el SIDA que tuvo lugar en Durban en Julio del 2000. El presidente de Tanzania Benjamín Npaka en un discurso dirigido a toda la nación el primero de Mayo de este mismo año dijo: “ Debemos estar a la altura del desafío y hacer frente a nuestra responsabilidad para salvarnos nosotros mismos y nuestra sociedad de una extinción inminente”. En Abril del 2000 la administración Clinton declaro el SIDA como “una amenaza a la seguridad de los Estados Unidos, capaz de hacer caer gobiernos, de hacer explotar conflictos étnicos, y anular los resultados ya obtenidos para sostener gobiernos democráticos. No hay precedentes: el SIDA es la primera enfermedad que por sus posibles repercusiones en el campo internacional ha sido declarada como una amenaza para la seguridad americana. Sandra Turman, Copresidente del “Office off National Aids Policiy (organización americana) ha afirmado: “ El tema más inquietante es que solo ahora estamos comenzando a comprender que África es solo la punta del iceberg. Nos encontramos solo ante el inicio de una pandemia sin precedentes en este siglo y, probablemente, sin precedentes en la historia. El año pasado el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas ha hablado del SIDA como “una amenaza a la seguridad mundial”. El 25, 26 y 27 de Junio del 2001 la Asamblea General de las Naciones Unidas tuvo una sesión extraordinaria sobre el SIDA. En esta sesión el Presidente de Nigeria Olushegun Obasanjo afirmo que “ El espectro de la extinción de un continente entero es cada vez más amenazante”.

Seria posible alargar la lista de afirmaciones dramáticas por parte de personalidades que no son sospechosas de carecer de información o de catastrofismo. África es el continente mas afectado por la pandemia. A pesar del obtuso escepticismo de algunos obstinados que, por razones que no comprendemos, siguen negando la evidencia, la epidemia del SIDA esta destruyendo de verdad los pocos progresos conseguidos en el continente en los últimos decenios. El SIDA esta de verdad minando las bases de la

sociedad de países enteros. El SIDA esta amenazando de verdad el futuro de muchas naciones. Y sin embargo, esta tragedia no ha surgido de la nada al alba del tercer milenio. Actualmente la conocemos al menos desde hace 20 años, y al menos desde hace diez años se ha desarrollado de forma de hacer previsible, al menos en parte, sus dramáticas consecuencias. Únicamente ahora, parece que estamos saliendo de la indiferencia y de la inercia

ANTE CADA CATASTROFE, AFRICA TIENE SIEMPRE MAS QUE LO QUE LE CORRESPONDE.

El África Subsahariana (en adelante lo designaremos sencillamente como África) que tiene cerca del 10% de la población mundial posee las estadísticas más desastrosas del planeta. Sea que se trate de mortalidad infantil, de alfabetización, de malnutrición o de acceso a los servicios sanitarios podemos contar siempre con una certeza: las peores estadísticas son siempre propiedad de esta parte del mundo.

La epidemia del VIH / SIDA no es una excepción. Han pasado poco más de veinte años cuando el cinco de Julio de 1981 en una pagina y media publicada por el “Mobility and mortality weekly report” del CDC (Centers for Disease Control) de Atlanta, se mencionaba por la primera vez lo que después se designaría como Acquired immune deficiency syndrome, Aids. (Síndrome de inmuno deficiencia adquirida, SIDA).

En 20 años el SIDA ha matado cerca de 22 millones de personas, de los cuales 17 millones lo han sido en África. A finales del año 2.000 había en el mundo cerca de 30 millones de seropositivos, de los cuales 25 millones se encuentran en África. Hasta ahora hay cerca de 13.200.000 niños huérfanos por el SIDA, de ellos 12.100.000 viven en África.

Los países del África Austral y Oriental poseen unos índices de seropositividad mucho más elevados que los de los países del África Occidental. Pero incluso en el África Occidental las cosas están cambiando rápidamente. Y no en sentido positivo. La Costa de Marfil se encuentra ya en el grupo de los quince países del mundo con mayores índices de seropositividad, y la poblada Nigeria tiene ya mas de cinco millones de seropositivos. La esperanza de vida al nacimiento en los países africanos descenderá, en términos medios, de 59 a 45 años para el año 2.010. Zinbawue podría descender hasta los 33 años, y en Botswana a 29. En el mundo rico la seropositividad no significa una condena ineluctable. Gracias a los fármacos antiretrovirales, el SIDA se puede comparar con una enfermedad crónica. En los países pobres, especialmente en África la situación no es idéntica. Y el SIDA es una epidemia que esta todavía en sus comienzos. En África, donde la prevención es escasa y los tratamientos no existen, el numero de personas muertas por causa del SIDA aumenta considerablemente de año en año.

EN LA ACTUALIDAD, EL SIDA ES SOBRETUDO UNA ENFERMEDAD DE LOS PAÍSES POBRES.

Las razones de esta situación son complejas y simples al mismo tiempo. Son complejas por que son numerosas, entrelazadas de diversas formas y todas tienen intrincadas ramificaciones económicas, sociales y culturales. Son simples por que casi todas ellas se pueden reducir a una única razón básica: la pobreza con todos sus corolarios

perversos e interrelacionados. Por pobreza no se entiende solo la escasa disponibilidad de recursos (monetarios o no) sino la carencia de elección, de alternativas, el mismo hecho de vivir en un país pobre.

De acuerdo con un informe publicado en el año 2.001 por el Banco Mundial, casi todos los 48 países del África Subsahariana se encuentran hoy en una situación peor que la que tenían en el momento de la independencia. Casi el 75% de su población viven por debajo del índice de pobreza. El 80% no tienen acceso al agua potable. El 75% no dispone de infraestructuras higiénicas adecuadas. Todos esos países juntos poseen una red de carreteras que es inferior a las de Polonia, y la suma de sus ingresos es un poco superior a los de Bélgica. África en su conjunto produce aproximadamente solo el 1% de la riqueza mundial, participa con 2% en los intercambios comerciales mundiales y es la región mas endeudada del planeta. Cada año cerca del 17% de su PIB se tiene que emplear para pagar la deuda externa, cuyo patrimonio inicial fue la mayoría de las veces malgastado por una clase dirigente inepta y corrompida. En los próximos años seria necesario un crecimiento del 5% para conseguir que los ínfimos índices socio sanitarios actuales no empeoren. Solo algunos países conseguirán tales índices de crecimiento. Y la inicua distribución interna de la riqueza producida no conseguirá mejoras para la mayor parte de la población. Al menos unos veinte países se encuentran devastados por guerras civiles, conflictos interétnicos y guerrillas crónicas. Mas de seis millones de africanos están refugiados o desplazados.

ALGUNOS ROSTROS DE LA POBREZA

Servicios sanitarios ruinosos

Pobreza significa poseer unos servicios sanitarios que de tal solo tienen el nombre; significa estructuras decadentes, mal equipadas, sin medicamentos y gestionados por un personal escasamente preparado y casi siempre frustrado y muchas veces cínico. En muchos países africanos el tanto por ciento de la población que utiliza los servicios sanitarios “modernos” no llega al 20%. En pocos países el tanto por ciento es superior. Una de las múltiples consecuencias de esta situación es que las enfermedades de transmisión sexual son diagnosticadas tardíamente y tratadas de forma incompleta. O no son diagnosticadas de ninguna forma. Y este hecho favorece la difusión del VIH.

Pobreza significa la imposibilidad de procurarse los medicamentos antiretrovirales que podrían frenar el progreso de la enfermedad y prolongar la vida. Sin embargo, incluso si se pudiese distribuir estos fármacos gratuitamente (cosa imposible por muchas razones, no solo financieras), difícilmente se resolvería la situación de las masas de seropositivos. Analfabetismo, ignorancia, sistemas sanitarios colapsados hacen que el seguimiento de los tratamientos crónicos sea particularmente difícil y problemático. Recordemos que en la mayor parte de los países africanos, los fármacos para el tratamiento de la tuberculosis son gratuitos, sin embargo la enfermedad se encuentra muy lejos de estar controlada. A estos hechos hay que añadir que el VIH se encuentra en grado de mutar muy rápidamente. Según un informe hecho publico el pasado mes de abril por el “**Public Health Laboratory Services**, en el Reino Unido, el 25% de los nuevos pacientes seropositivos esta infectado por cepas de VIH resistentes a los fármacos antiretrovirales actualmente en uso. En el año 1996 la proporción era del 5%. La toma de medicamentos antiretrovirales debe ser constante, regular y controlada. Una administración incorrecta además de dañar al individuo que la toma facilitaría

inevitablemente la selección de cepas resistentes. Con todas las consecuencias que implica.

Analfabetismo e ignorancia.

Pobreza significa analfabetismo e ignorancia. La ausencia del primero no excluye la presencia del segundo. La carencia de educación y de conocimientos, en un ambiente atrasado y cerrado, reduce las posibilidades de elección disponibles para las personas, reduce la posibilidad de valorar los problemas, de comprender las posibles soluciones, y de adoptar la posibilidad de medidas preventivas.

Discriminación contra las mujeres

La pobreza implica una discriminación más acusada y permanente contra las mujeres. En los últimos cuarenta años, el periodo de escolarización media de las mujeres en África ha crecido en 1,2 años. El crecimiento más bajo del mundo. En muchas regiones africanas las mujeres no se pueden permitir tomar la decisión de con quien, cuando y como mantener relaciones sexuales. Estas son decisiones que corresponden a los hombres. Como consecuencia de su posición subalterna (a parte de sus características biológicas y fisiológicas) las mujeres constituyen el 55% del total de personas seropositivas en África. En muchos países africanos, en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 19 años, el índice de seropositividad entre las adolescentes es cinco veces superior al de los adolescentes. Las mujeres jóvenes de edad comprendida entre los 20 y los 25 años tienen índices de seropositividad tres veces mayores que el de los hombres de la misma edad. En la mayor parte de los casos no es una cuestión de sexo. Es una cuestión de poder.

Prácticas culturales y sociales negativas.

Pobreza significa la supervivencia de prácticas culturales negativas como la de heredar la mujer de un hermano que ha fallecido. En muchas zonas, cuando un hombre muere el hermano más anciano hereda su mujer. Si el muerto lo ha sido por causa del SIDA existen muchas probabilidades que su mujer sea seropositiva y que contagie a su nuevo marido y a su mujer (o a sus mujeres).

Pobreza significa el nacimiento y la difusión de prácticas sociales abominables. En muchos países africanos es frecuente actualmente que los hombres adultos que se enteran que son seropositivos hagan lo imposible por mantener relaciones sexuales con niñas menores de quince años. Creen que semejantes relaciones sexuales son capaces de eliminar la infección. Si una dosis no es suficiente se repite el tratamiento. El que era seropositivo sigue siéndolo; el que no lo era, en razón de un traumatismo físico (además del psicológico y emotivo) llegara a contagiarse casi con seguridad. Y las consecuencias no se detienen en este punto. Las niñas que llegan a ser seropositivas de esta forma tan brutal tienen la posibilidad de sobrevivir durante bastantes años y de adoptar comportamientos sexuales “promiscuos” o de entregarse a la prostitución. Es difícil realizar estudios científicos para evaluar la difusión de este fenómeno: los hombres no quieren que se les identifique, las víctimas temen la vergüenza y prefieren callar. Los periódicos africanos dan con frecuencia noticias de esta índole.

Urbanización descontrolada.

Pobreza significa altos índices de inmigración interna, tanto masculina como femenina, y altos índices de urbanización. De acuerdo con el Banco Mundial las ciudades africanas crecen anualmente un 5%, con índices superiores al 6% en países como Burundi, Cabo Verde, Gambia, Kenia y Mozambique; del 8% en Tanzania y del 9,5 % en Malawi. Estos rápidos procesos de urbanización se realizan en ambientes que no están preparados ni socialmente, culturalmente y desde el punto de vista estructural (carencia de viviendas adecuadas, de servicios higiénicos, agua, y servicios educativos y sanitarios). La gran mayoría de los desocupados que provienen de las áreas rurales esta destinada a seguir siéndolo también en las ciudades. La desestructuración social, la difusión del alcoholismo y la prostitución son los últimos anillos de una cadena de factores destructivos. Todos son factores que facilitan la difusión del VIH /SIDA. Quien se ha instalado en una ciudad proveniente de una aldea visita con frecuencia su propia aldea. Esta es uno de los modos por el que el VIH es exportado de las ciudades hacia las zonas rurales, y es uno de los mecanismos por el que, aunque sea lentamente, esta progresando la epidemia del VIH /SIDA en las zonas rurales.

Conflictos y guerras civiles.

Pobreza significa la facilidad de manipular masas cada vez mayores de desheredados: la manivela necesaria para combatir todas las guerras civiles que ensangrientan el continente. Al menos 20 de los 48 países del África Subsahariana se encuentran en la actualidad convulsionados por conflictos sociales o por verdaderas guerras civiles. Desde la segunda guerra mundial hasta nuestros días, invariablemente, los civiles, no los militares, constituyen la mayor parte de las víctimas de los conflictos y de las guerras. Entre los civiles, las mujeres y los niños son los que más sufren. El índice de seropositividad entre los militares de los países africanos es mucho más elevado que el que se da entre la población civil, (entre el 25% y el 30% en Tanzania; entre el 40% y el 60% en Angola y el Congo; alrededor del 70% en Malawi y alrededor del 75% en Zimbabue). Sobre las numerosas bandas de milicianos armados no existen datos, pero es razonable suponer que la proporción es semejante o incluso peor. Militares, milicianos y guerrilleros constituyen grupos muy movibles, son frecuentemente seropositivos, mantienen una vida sexual muy activa y promiscua, y están acostumbrados a apropiarse de lo que quieren por la fuerza. EL colorario de violencia carnal y prostitución que acompaña todas las guerras parece ser mucho peor en el contexto de los actuales conflictos africanos. El área fronteriza entre Uganda y Tanzania (distrito de Rakai en Uganda, región de la Kagera en Tanzania) ha sido una de las primeras zonas del mundo a verse afectada de una forma más profunda por el SIDA. La población de aldeas enteras se ha visto diezmada. Edward Hooper, en su último libro, "The Rivera journey back to the source of VIH and Aids", reconstruye pormenorizadamente los hechos. Su conclusión es que la causa principal de la difusión masiva del VIH en la frontera entre Uganda y Tanzania ha sido la guerra que estos países mantuvieron desde Octubre del 1978 hasta Abril de 1979. Actualmente, las condiciones que han originado esta situación están presente, como ya hemos dicho, al menos en veinte países africanos.

Refugiados y desplazados.

Los conflictos y las guerras producen entre otras calamidades millones de refugiados y desplazados. En África hay cerca de 3,5 millones de refugiados y aproximadamente 5 millones de desplazados (es difícil mantener al día estas estadísticas que evolucionan continuamente). Estas poblaciones frecuentemente amontonadas en espacios exigüos, carentes de servicios sociales dignos de este nombre, son fácilmente vulnerables a todo tipo de infecciones. El estrés y la superpoblación producen violencia y promiscuidad. Todos estos factores que promueven la difusión del VIH.

OTRO CIRCULO VICIOSO

Como sucede frecuentemente con las situaciones complejas los efectos se unen a las causas de una forma tan estrecha que a menudo se cambian los papeles. VIH y SIDA constituyen una fuente importante de pobreza. Otro círculo vicioso del que los países pobres parecen condenados a permanecer.

Efectos del SIDA en los sistemas sanitarios.

El SIDA es en la actualidad la primera causa de muertes en el África Subsahariana. En Kenia casi la mitad de las camas hospitalarias está ocupada por enfermos de SIDA. En Zimbawue la proporción es superior al 60, y en Malawi es igual al 70%. Según Ezequias Rwabuhiri, Ministro de salud de Rwanda, de cada cinco ruandeses que mueren cuatro están enfermos de SIDA y el 70% de los pacientes del Hospital Central de Kigali están afectados por el SIDA. Entre 1.994 y el 2.000 Rwanda ha gastado el 66% de su presupuesto sanitario para actuaciones relacionadas con el SIDA. De acuerdo con varias estimaciones el SIDA devorará el 50% del presupuesto sanitario de Kenia y el 60% del de Zimbawue, en ambos casos antes del 2.005. A todo esto hay que añadir el alto índice de seropositividad de los trabajadores sanitarios. El SIDA ahoga y destruye los sistemas sanitarios que en la actualidad se encuentran reducidos a la mínima expresión.

Efectos del SIDA en la malnutrición.

De acuerdo con los datos proporcionados por el Consejo de Seguridad de la ONU, al comienzo del año 2.000, en Costa de Marfil el consumo en alimentación disminuye significativamente en las familias cuyos miembros adultos están enfermos del SIDA. Se llega a disminuciones del 41%. Estos datos han sido documentados en Costa de Marfil y otros parecidos han sido señalados en otros países africanos. Si los miembros productivos de una familia están enfermos con frecuencia y al final mueren, es obvio que los ingresos de esa familia disminuyen considerablemente mientras que los gastos (especialmente los sanitarios) crecen de un modo vertiginoso.

Efectos del SIDA en la familia.

El 31 de Agosto del 2.000 Sibongile Mthembu-Mkhabela, jefe ejecutivo de la **Nelson Mándela Children's Fund** ha dado a conocer estimaciones según las cuales antes del 2.010, entre el 20% y el 36% de los niños menores de quince años serán huérfanos por causa del SIDA en los once países del África Austral. En Sudáfrica hay en la actualidad

cerca de 1.200.000 niños huérfanos por causa del SIDA. Esta cifra se multiplicara por dos dentro de cinco años.

Como hemos dicho mas arriba, en la actualidad los niños africanos huérfanos por causa del SIDA son algo mas de 12.000.000 (en el año 2.010 serán unos 40 millones). Tradicionalmente la “ gran familia africana” constituía un mecanismo de seguridad para afrontar la muerte de uno o de los dos cónyuges. La pobreza, los conflictos, las guerras y la importación de los aspectos más negativos de la “cultura occidental” han llevado a la desestructuración y a la progresiva erosión de la “gran familia”. El SIDA ha contribuido y contribuye significativamente en este fenómeno negativo. Para muchas familias es difícil, a menudo imposible, el hacerse cargo del peso económico que significa el cuidado de los hijos de los parientes difuntos. La razón es tan sencilla como brutal: son demasiados. Y habría que contar con el hecho de que muchas veces el núcleo familiar que tendría que acoger a los huérfanos se encuentra afectado por los mismos problemas que el núcleo originario: los adultos son seropositivos o enfermos de SIDA. Muchas familias en las que los padres (especialmente la madre) mueren de SIDA acaban por disgregarse (el 65% en Zambia, de acuerdo con el Banco Mundial). El estigma que va asociado al SIDA constituye aun más un factor que agrava la situación

En muchos países africanos es frecuente encontrarse con núcleos familiares constituidos por cinco o más niños y un adulto: la abuela o el abuelo. La generación intermedia ha sido diezmada. Los ancianos sobreviven a los jóvenes, pero no pueden sustituirlos completamente ni desde el punto de vista económico y afectivo. En el otro extremo, se encuentran familias constituidas enteramente por niños con un responsable de la familia que no tiene todavía 18 años. En estos núcleos familiares anómalos que además que se disgregan rápidamente, los niños no pueden ir a la escuela. Caen rápidamente en una existencia de degradación y miseria. Cuando buscan trabajos “legales” reciben una paga muy inferior a la de los adultos por que no pueden hacer valer su derecho contractual. Malnutrición, abandono, ostracismo, desprecio, desesperación, desordenes psíquicos. Estos niños que han perdido su infancia acaban en la calle y sobreviven día a día con pequeños trabajos eventuales y pequeños hurtos, esnifando gasolina y fumando colillas de cigarrillos. Para las niñas, la prostitución infantil es frecuentemente la etapa final de un recorrido obligatorio.

Efectos del SIDA en la economía

Golpeando prevalentemente la franja de la población más activa, entre los quince y los cincuenta años, el SIDA no amenaza solo la sobrevivencia económica de las familias. Amenaza la sobrevivencia económica de países enteros. La OMS estima que los países que tienen un 20% de la población adulta con seropositividad reducen en un 1% al año su producto interior bruto (PIB). De acuerdo con estimaciones del Banco Mundial, que se hicieron públicos durante la conferencia internacional sobre el SIDA en Durban, en el año 2.010 el PIB de Sudáfrica será inferior en un 17% al que hubiesen tenido si el país no hubiera sido afectado por el SIDA.

Una valoración parecida indica que en el año 2005, el PIB de Kenia será inferior en el 14,5% al que tendría si no existiese el SIDA. Según la Banca Mundial, el SIDA puede producir una disminución del 30% en la economía de Botswana en los próximos 10 años y del 25% en la de Tanzania en los próximos quince años. El primero de Mayo pasado, hablando públicamente en Dar-es-Salaam, el Presidente de Tanzania, Benjamín

MKAPA ha afirmado que, en el último año, algunos ministerios han perdido hasta 20 funcionarios al mes por causa del SIDA. El 29 de agosto pasado, Mohamed Isahakia, alto funcionario del Gobierno de Kenia, ha lamentado los graves efectos negativos en el sector público debido al absentismo causado por el SIDA. Se trata de un absentismo originado por los frecuentes episodios de enfermedad de los seropositivos, o para asistir a padres enfermos de SIDA o para participar en funerales y ceremonias fúnebres (que en algunos países africanos duran bastantes días y son muy costosas)

Efectos del SIDA en el sistema educativo

Los dramáticos efectos del SIDA inciden tanto sobre la demanda como sobre la oferta de servicios educativos. Cuando uno de los padres comienza a manifestar los síntomas del SIDA, la vida de la familia se transforma completamente. Desde el punto de vista financiero, las entradas disminuyen y aumentan los gastos. Frecuentemente, hay que vender lo poco que se tiene para hacer frente a los gastos sanitarios. En estas situaciones, los niños tienen que abandonar la escuela porque no pueden pagar las tasas ni los otros gastos escolares. El número de niños que frecuenta las escuelas con regularidad disminuye. En el futuro disminuirá por causa de un sencillo mecanismo demográfico: la infección y la muerte de millones de personas en edad reproductiva conducirá a una disminución de los nacimientos. Botswana y Zimbawe se encuentran ya en niveles de crecimiento de la población próximos a cero. Para el 2003, Botswana, Lesoto, Namibia, Sudáfrica, Swaziland y Zambia podrían llegar a tener índices de crecimiento de la población negativos, comprendidos entre -1% y -3% . De acuerdo con valoraciones hechas públicas por la UNESCO, dentro de diez años el SIDA habrá reducido el número de niños en edad escolar: el 12% en Uganda, el 13% en Kenia, el 20% en Zambia, el 23% en Swazilandia y el 24% en Zimbabwe.

A esta constatación hay que añadir el hecho de que numerosos maestros son seropositivos, se enferman frecuentemente, y por lo tanto se ausentan de las clases, son poco eficaces y finalmente mueren de SIDA. En Sudáfrica el 30% de los maestros es seropositivo, en Zambia el 40% y en Swaziland el 70%. De acuerdo con lo que ha afirmado el Primer Secretario del Ministerio de Educación de Kenia, el SIDA mata, en términos medios, 18 maestros cada día (alrededor de 6.570 en un año).

Esta estimación es terrible y es de esperar que sea equivocada. De todas formas, en 1955 murieron 450 maestros Keniatas, y cuatro años después, en 1999, la cifra subió a 1.400: un aumento de casi el 240%, en gran parte por causa del SIDA. Cifras parecidas se encuentran en casi todos los países africanos.

Efectos del SIDA en la clase media africana.

Cuanto hemos dicho hasta ahora pone en claro que la clase media africana es, actualmente, la más afectada por la epidemia. Militares, policías, maestros, personal de salud, funcionarios públicos, ministros son quienes están pagando el precio más alto. Un artículo publicado por el New York Times, en noviembre del 1998, ofrece algunas estadísticas impresionantes referentes a Rwanda. En este país, una mujer embarazada tiene el 9% de probabilidades de ser seropositiva si su marido es un campesino, 22% si es un militar, 32% si es un empleado y un 38% si es un funcionario del Gobierno. Disponiendo de mayores recursos financieros y teniendo mayor movilidad que el resto de la población, la clase media ha tenido y tiene mayores oportunidades para exponerse

al contagio. Las ha aprovechado y las aprovecha todas. Tener la capacidad de leer o comprender un mensaje educativo no significa interiorizarlo y seguirlo.

En Botswana, muchos miembros de la burguesía de la capital Gaborone, se ríen sobre el SIDA diciendo que el acrónimo inglés para el SIDA-AIDS- significa “American Initiative to Discourage Sex”. Botswana es el país del mundo con el índice más alto de seropositividad entre la población adulta: 35,8%. En 1999, se estimaba que el 5,7% de la población adulta de la República Democrática del Congo era seropositiva. Se puede estar seguro que se trata de una estimación muy aproximada por defecto. Desde 1977 el país vive una guerra devastadora. Los ejércitos de cinco países y varias bandas de guerrilleros y milicianos corretean en sus más de dos millones de kilómetros cuadrados. En semejantes condiciones, es mucho más fácil difundir la enfermedad que estimar su alcance. En los ambientes relativamente cultos, aquellos en los que pueden expresarse corrientemente en francés, el acrónimo SIDA se traduce como “*Syndrôme Imaginaire pour Décourages les Amoureux*”. En Tanzania, a finales de 1999, cerca del 9% de la población adulta era seropositiva. La traducción de AIDS que circula en muchos ambientes es “*Acha Inicie Dogedoge Siachi*”, que en Kiswaili significa “*Deja que me mate, yo no me pierdo las jóvenes chicas*”. Estas “traducciones” muy difundidas entre los miembros de la así llamada “clase media”, no son dichos injuriosos, constituyen el testimonio de actitudes fatales, escépticas, inconscientes. Sus consecuencias son evidentes a los ojos de todo el mundo, pero no todos tienen ojos para verlas.

Una paradoja solo aparente

¿Si la clase media es la más afectada entonces no es exacto afirmar que el SIDA es una enfermedad de los pobres? Algunos lo afirman. Nosotros pensamos que se trata solo de una paradoja aparente. En la mayoría de los casos, la clase media africana es “rica” únicamente en términos relativos. Aunque haya excepciones, los burgueses africanos son ricos en comparación con la masa de deheredados con los que conviven, y que viven en condiciones desesperadas de una pobreza inhumana. La mayor parte de la clase media africana es rica solo en términos relativos y vive en un ambiente, en un mundo fundamentalmente pobre, que se encuentra afectado por todas las consecuencias sociales, económicas, políticas y culturales de la pobreza (solo parcialmente citadas más arriba). El hecho mismo de formar parte integrante de un mundo pobre implica ser víctima de sus mecanismos. Gozar de privilegios relativos en un universo de pobreza no ahorra los mecanismos sociales y económicos en los que se participe. Este hecho es especialmente verdad en el caso del VIH/SIDA. Otro efecto de este estado de cosas es el aumento de la disparidad entre los diversos estratos sociales en los países más afectados. La “clase media” no es un todo homogéneo. Como ya hemos mencionado, la mayor parte de quienes pertenecen a esa clase media son ricos solo en términos relativos. Una minoría de esa clase media es rica, a veces muy rica, en términos absolutos. Estas personas pueden permitirse el comprar y el usar fármacos antiretrovirales. Pueden seguir viviendo, trabajando, ganando. A pesar de la discreción y del silencio, estas disparidades comienzan a emerger. Otro factor de disgregación social.

Hasta ahora, la clase dirigente africana no ha estado a la altura del reto.

En muchos países la respuesta de la clase dirigente al desafío del SIDA ha sido inadecuada: se ha pasado de la negación al silencio, de la indiferencia a la confusión. Tomemos como ejemplo el caso del Presidente Thabo Mbeki. Durante meses se ha

obstinado en negar la relación causal entre el VIH y el SIDA. Ha seguido afirmando que la pobreza, no el virus, es la causa de la enfermedad.

Es obvio que en esta afirmación hay mucho de verdad: la pobreza, de múltiples maneras, favorece la difusión del virus. Pero no se puede maximalizar esta tesis hasta el punto de negar el papel que juega el virus, y en consecuencia, a descalificar como inútiles las medidas recomendadas para prevenir la difusión. Ante las apasionadas polémicas provocadas por su actitud, en Octubre del 2000, finalmente, Mbeki ha declarado que no haría más declaraciones o comentarios sobre el SIDA. Decisión sabia, pero tardía. Mbeki había ya creado confusión en la mente de muchas personas, y se había cubierto abundantemente de ridículo. No ha sido el único. Recientemente, el Presidente de Kenia, Daniel Arap Moi, ha propuesto la pena de muerte para quien sabiéndose seropositivo, mantenga relaciones sexuales sin protección. No contento con esta propuesta, que fue acogida con poco entusiasmo, Moi ha hecho una segunda. En julio pasado, ha exhortado a sus compatriotas a abstenerse de toda relación sexual al menos durante dos años. De esta forma ha añadido, no solo se frenara la extensión de la epidemia, sino que se añadirá la ventaja de disminuir el índice de crecimiento de la población (que entre 1990 y 1998 ha sido cerca del 2,6%).

En Tanzania, el 27 de Julio pasado, el gobierno ha suspendido la publicación de 11 periódicos considerados pornográficos con el argumento de que por su contenido promovían la difusión del VIH/SIDA. Siete meses antes, el Regional commissioner (gobernador) de la Coast Region, había prohibido la celebración de bailes durante la semana, autorizándolos únicamente los sábados y los domingos.

En Zimbabwe, el 23 de julio pasado, los dirigentes del distrito de Makovi han organizado una ceremonia en honor de 2000 mujeres vírgenes. No esta claro como ha sido verificada tal condición, pero cada una de ella ha recibido de manos de la autoridad un “certificado de virginidad”. Su ejemplo ha sido ensalzado y se ha exhortado a la gente de seguirlo, adoptando la abstinencia sexual para combatir la difusión del VIH/SIDA. Parece ser que las autoridades de Makovi quieren celebrar todos los años una ceremonia semejante. La clase dirigente de Zimbabwe, con su presidente a la cabeza, se ha distinguido por su reticencia a afrontar abiertamente el problema del VIH/SIDA.

El fondo especial de las Naciones Unidas para el SIDA.

En el año 2000, el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annam, y el Presidente del Banco Mundial, James Wolfenson, han lanzado la propuesta de crear un “fondo especial”, en el seno de las Naciones Unidas, para combatir el SIDA. Una especie de “fondo de guerra” para parar la que ya no se considera una “enfermedad”, sino una amenaza a la seguridad de los individuos, de las familias y de enteros países. La propuesta ha sido acogida positivamente. Algunos la han considerado como una respuesta obligatoria, aunque tardía para una situación que corre el peligro de llegar a ser incontrolable. La denominación y el destino de los fondos han sido posteriormente modificados. En la actualidad el fondo se propone combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Según las estimaciones de Unaid, el fondo tendría que llegar a ser de 9,2 mil millones de dólares al año durante al menos 10 años (de acuerdo con otras estimaciones para 20 años).

De este fondo, cuatro mil seiscientos millones de dólares tendrían que gastarse en África: Mil quinientos sesenta millones para la prevención y tres mil setenta millones para el tratamiento. Estas cifras que marean, lo repetimos, tendrían que estar disponibles cada año. El gasto actual para la lucha contra el VIH/SIDA en África esta entre los 300 y 400 millones de dólares. El Presidente de Tanzania Mkapa, en el citado discurso del primero de mayo pasado, ha afirmado que su país necesita mil millones de dólares al año para asegurar el tratamiento antiretroviral para sus cerca de dos millones de seropositivos. Hasta ahora, para el “fondo especial” se han prometido, aunque todavía no entregados, alrededor de mil cuatrocientos millones de dólares. Y se trata de promesas de contribución de una vez para siempre, no de una cotización anual. Sin embargo, si se mira bien, lo que falta no son fondos, es la voluntad política. Pues para adaptar los ordenadores al cambio de milenio se gastaron en el mundo cerca de doscientos mil millones de dólares. Los bombardeos sobre Kosovo, que duraron 78 días, costaron cerca de cuarenta y siete mil millones de dólares. Y cada año, en el mundo los gobiernos ricos y pobres gastan cerca de ochocientos mil millones de dólares en armas.

¿Alguna esperanza?

Ignorancia y silencio, vergüenza y estigma, migración y promiscuidad, violencia y segregación social, guerras, conflictos, refugiados y desplazados, ignorancia política, silencio, inercia, impotencia y desesperación ¿Es la resignación el único camino que permanece abierto?. A pesar de todo, la situación no es tal. La catástrofe, la extinción no son ineluctables. Algunas experiencias, aunque sean escasas, lo prueban.

Cuando se quiere citar ejemplos positivos de la lucha contra el SIDA en África se habla de dos países: Uganda y Senegal. El gobierno Ugandés, inmediatamente después del a toma del poder en enero de 1986 adoptó una actitud de total apertura en relación con la lucha contra el SIDA. Contrariamente a lo que hacían (y en ciertos casos todavía hacen) muchos dirigentes africanos, el Presidente Museveni admitió abiertamente la existencia del problema del SIDA y de sus dimensiones escalofriantes. Los políticos, las autoridades y todos los medios de comunicación comenzaron a discutir abiertamente de las vías de contagio y de los medios disponibles para prevenirlo. Además de la campaña informativa y educativa se presto mucha atención a la situación de las mujeres. La emancipación femenina fue y es favorecida en todos los niveles y es promocionada en la medida de lo posible. Esta acción intenta promover un cambio cultural radical. Sin embargo hay que reconocer que, en la actualidad, muchas bellas consignas se han quedado en eso. Muchos discursos inspirados ya no inspiran a nadie.

Muchas medidas adoptadas solo rozan débilmente la superficie de un macizo de consistencia de granito. No es de extrañar. Los cambios que se persiguen exigen espacios generacionales, no el de pocos años. De todas formas, la acción del gobierno ha dado sus frutos. Cuando la epidemia llego a su punto más alto, en 1992, el índice de seropositividad entre la población adulta alcanzo el vértice del 30%, mientras la media giraba alrededor del 14%. La misma estimación a finales de 1999 era del 6,8% y a finales de 2000 era del 6,1%. A pesar de que puede existir una legitima duda sobre la fiabilidad de los datos citados, los progresos son innegables y la tendencia cierta. Uganda es el único país africano que ha conseguido invertir la marcha de la epidemia. La enérgica, masiva y sostenida campaña de información y educación ha dado resultados significativos. El caso de Senegal es diverso, pero igualmente emblemático. En este país el tanto por ciento de la población adulta seropositiva no ha llegado nunca al 3%, y a finales de 1999 era del 1,8%. También el gobierno de Senegal ha adoptado

una actitud abierta y sin COMPLEJOS. Ha promovido y sostenido una campaña de información y de educación libre de falsos pudores y ambigüedades. Y, también en Senegal, el Gobierno se ha preocupado de mejorar la posición social de las mujeres intentando modificar los estereotipos transmitidos por la tradición. Adoptando esta actitud, cuando el problema tenía todavía unas dimensiones reducidas, el gobierno de Senegal ha conseguido que la epidemia estuviese controlada.

Por lo tanto, acciones apropiadas, prolongadas, enérgicas y determinadas pueden producir resultados positivos. La “extinción”, de la que hablaban tanto Obasanjo que Mkapa no es inevitable. Especialmente, el 95% de los africanos por debajo de los quince años es seronegativo. África es un continente joven. La población por debajo de los quince años constituye cerca de la mitad de la población total. Esta generación tiene que ser protegida cueste lo que cueste. Es uno de los pocos faros de esperanza en un mundo demasiado oscuro.

Parece ser que, finalmente, tanto el mundo como África se han dado cuenta de la gravedad del problema del VIH/SIDA. Uganda y Senegal han demostrado que también los países pobres pueden conseguir resultados positivos y que el avance del SIDA no es ineluctable. Es necesario edificar sobre estos ejemplos, aplicar esfuerzos y recursos, creatividad y determinación. Sobre todo, es necesario que todos comprendan la necesidad de realizar avances significativos en la lucha contra la pobreza. Avances significativos, no congresos, declaraciones, conferencias y compromisos solemnes. Nada es ineluctable. África puede salvarse del SIDA. Y la responsabilidad es colectiva, “global”. No solo de los africanos, sino también del mundo rico. No solo del mundo rico, sino también de los africanos. Como hemos dicho más arriba, se trata en gran parte, de una cuestión de prioridad, y sobre todo de una clara y decidida voluntad política.

Una nota sobre las estadísticas

Estadísticas sobre el SIDA en África hay muchísimas. Con frecuencia difieren unas de otras, incluso cuando se refieren a las mismas variables, en las mismas zonas y en los mismos periodos. Con frecuencia se trata de proyecciones, de estimaciones, de “hipótesis” (mas o menos) documentadas. Casi siempre tienen un carácter catastrófico. Sobre este hecho tanto en África como en Europa, o en América, hay personas que adoptan una actitud cínica, complaciente, presuntuosamente incrédula. “Nos encontramos ante exageraciones realizadas por motivos políticos o para recaudar fondos”. Una actitud equivocada. Recordemos que en 1989, dos de los mejores epidemiólogos comprometidos en el estudio del SIDA, Chin y Mann, en el “Bulletin of the World health Organisation” afirmaron que en 1996, en el mundo, había entre dos y tres millones de seropositivos. Hubo quien les acuso de “catastrofismo”. En 1996, en el mundo, había cerca de 10.400.000 seropositivos. Muchas de las estadísticas citadas podrían ser exageradas por defecto. En muchos países africanos no existen sistemas informativos dignos de este nombre. La mayor parte de los seropositivos ignoran que lo son. Ante la imposibilidad de obtener un tratamiento no les interesa saberlo. Es más que probable que muchas de las muertes causadas por el SIDA se atribuyan a la tuberculosis, diarreas crónicas, malaria o a cualquiera de la muchas enfermedades que asolan el continente. No hay espacio para la incredulidad y el escepticismo.