



capítulo uno

1

ante una emergencia mundial, una respuesta combinada

En el presente capítulo se expone brevemente la situación actual de la pandemia mundial de VIH/SIDA y se explica por qué es necesaria una respuesta internacional. Se describen algunas de las trágicas consecuencias económicas y sociales de la enfermedad, como su destructivo impacto en los sistemas sanitarios. La respuesta deberá aunar la prevención, el apoyo, el tratamiento y la atención prolongada. Juntos, estos componentes pueden combatir de manera eficaz el avance aparentemente inexorable de la epidemia de VIH/SIDA, y ofrecer a los países y las poblaciones más castigados la mayor esperanza de supervivencia. Una acción integral adelantará el logro de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al tiempo que brindará la oportunidad de contribuir al fortalecimiento de los sistemas sanitarios.

LA SITUACIÓN MUNDIAL

Aunque durante los últimos 20 años ha parecido ser un enemigo bien conocido, sólo ahora se está empezando a considerar el VIH/SIDA como lo que realmente es: una amenaza sin precedentes para la sociedad humana, cuyo impacto se dejará sentir durante generaciones. Se calcula que en la actualidad hay entre 34 y 46 millones de seropositivos. Más de 20 millones de personas han muerto de SIDA, tres millones de ellas sólo en 2003 (1). Desde la aparición del virus se han infectado cuatro millones de niños. De los cinco millones de personas que se contagiaron en 2003, 700 000 eran niños, y casi todos contrajeron el virus por transmisión durante el embarazo, el parto o la lactancia.

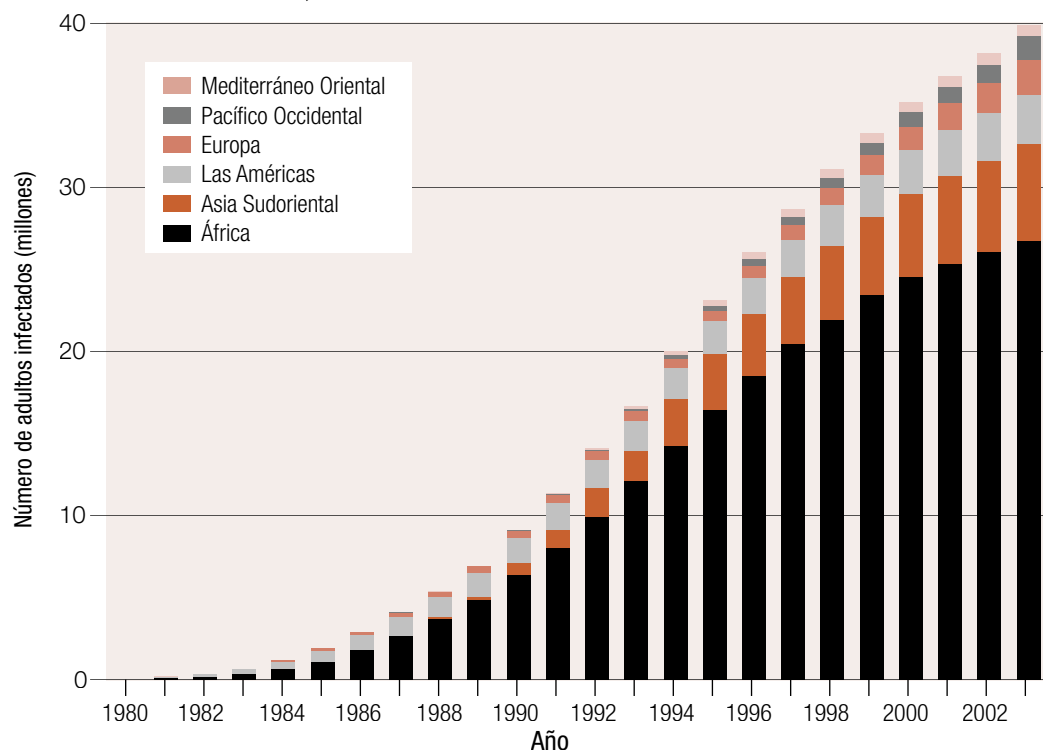
El crecimiento más explosivo de la epidemia se produjo a mediados de la década de 1990, sobre todo en África (véase la figura 1.1). En 2003, este continente albergaba a las dos terceras partes de las personas afectadas por el VIH/SIDA, pero sólo al 11% de la población

mundial. Hoy día, aproximadamente uno de cada 12 adultos africanos es seropositivo. Una quinta parte de las personas infectadas por el VIH viven en Asia.

A nivel mundial, la vía predominante de transmisión del virus son las relaciones heterosexuales sin protección. En el caso del África subsahariana y el Caribe, las mujeres tienen como mínimo las mismas probabilidades de contagiarse que los hombres.

Otras vías importantes de transmisión son las relaciones sexuales entre hombres con penetración desprotegida, el consumo de drogas por vía parenteral, y las inyecciones y transfusiones sanguíneas peligrosas. En muchos países, entre ellos la mayoría de los americanos, asiáticos y europeos, la infección por el VIH se concentra principalmente en poblaciones con

Figura 1.1 Número estimado de adultos infectados por el VIH, por regiones de la OMS, 1980–2003



comportamientos de alto riesgo, como relaciones sexuales sin protección (sobre todo en el ámbito de la prostitución o entre hombres) o uso compartido de jeringuillas para el consumo de drogas, aunque en esas situaciones persiste la amenaza de que una epidemia localizada se propague al resto de la población. En algunos países, el rápido crecimiento de las poblaciones vulnerables como consecuencia de la inestabilidad social, el aumento de la pobreza y otros factores socioeconómicos desencadena la ampliación de la epidemia y una mayor propagación del virus.

El largo lapso entre la infección por VIH y el comienzo de la enfermedad (de 9 a 11 años de media en ausencia de tratamiento) explica que, hasta fechas recientes, las cifras de enfermos de tuberculosis asociada al VIH, de enfermos de SIDA y de fallecimientos no hayan alcanzado cotas epidémicas en muchos de los países muy afectados. A nivel mundial, la mayor mortalidad corresponde a la población de entre 20 y 40 años. La esperanza de vida desciende drásticamente en las regiones del mundo más castigadas por la pandemia, que en el África subsahariana está desbaratando decenios de paulatinas mejoras de ese indicador (2).

¿Qué supone la situación mundial de la pandemia para los avances en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Los ocho objetivos, fijados tras la histórica Cumbre del Milenio celebrada en Nueva York en el año 2000, representan los compromisos, asumidos por gobiernos de todo el mundo, de esforzarse más por reducir la pobreza y el hambre y por hacer frente a las enfermedades; concretamente, mejorar el acceso a agua salubre y reducir las desigualdades por razón de sexo, la falta de instrucción y la degradación del medio. Esto incluye combatir el VIH/SIDA y haber empezado a frenar la propagación del VIH para 2015. Sin embargo, quedan

muchos países en los que todavía no se está avanzando, y se necesitará un esfuerzo sin precedentes para que los más castigados progresen hacia el logro de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el recuadro 1.1).

La desigual propagación del VIH

Un breve análisis de la propagación de la pandemia de VIH/SIDA revela grandes diferencias interregionales, intrarregionales y nacionales, con importantes implicaciones en materia de prevención, atención y apoyo. Están bien documentadas las llamativas disparidades entre el África subsahariana y otras regiones del mundo en cuanto a la magnitud de la epidemia. Aunque casi todos los países del África subsahariana se han visto gravemente afectados, también entre ellos están aumentando las diferencias, lo que indica que las consecuencias de la pandemia variarán considerablemente (10).

La evolución de la prevalencia del VIH desde 1997 entre las embarazadas atendidas en una serie de consultorios de atención prenatal (véase la figura 1.2) pone de manifiesto que, en los países de África meridional, la epidemia es mucho mayor que en cualquier otro lugar del África subsahariana, y que la diferencia se está ampliando. En África oriental, la prevalencia del VIH es hoy menos de la mitad de la de África meridional, y hay pruebas de que está disminuyendo discretamente. En África occidental

Recuadro 1.1 Impacto del VIH/SIDA en los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En numerosos países con una gran carga de morbimortalidad, sobre todo del África subsahariana, las epidemias de VIH/SIDA están reduciendo las oportunidades de alcanzar las metas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Las epidemias debilitan el crecimiento económico, y con ello los esfuerzos por alcanzar el **Objetivo 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre**. En África han recortado las tasas de crecimiento anual en un 2%–4% por año (3). Pero a largo plazo los efectos macroeconómicos acumulados pueden ser mucho más devastadores, y pueden conducir al total colapso económico en algunos países con alta carga de morbimortalidad.

En materia de educación, las oportunidades se desvanecen a medida que el VIH/SIDA merma los ingresos familiares y obliga a gastar en atención médica y funerales, menoscabando con ello las posibilidades de alcanzar el **Objetivo 2: la enseñanza primaria universal**. Por ejemplo, en una aldea de Uganda, el 80% de los niños de hogares afectados por el VIH/SIDA fueron sacados de la escuela porque no se podían pagar los gastos de escolarización o se necesitaba mano de obra infantil (4). En Zambia, el número de maestros muertos de SIDA en 1998 equivalía a dos terceras partes del número de maestros formados ese mismo año (5). A nivel mundial, el VIH/SIDA está dejando millones de huérfanos con menos oportunidades si cabe de recibir educación.

Además de matar a millones de mujeres,

el VIH/SIDA aumenta la carga que éstas y las niñas soportan como prestadoras de cuidados, lo que reduce sus oportunidades de recibir educación y tener un trabajo remunerado y perjudica, por tanto, al logro del **Objetivo 3: promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer**. A menudo se pide a las niñas que cuiden de sus hermanos y hermanas enfermos a expensas de su propia educación. Las mujeres seropositivas se enfrentan a diversas formas de discriminación y de maltrato psíquico y físico.

En los siete países africanos con mayor prevalencia de VIH en la población adulta, el SIDA ya ha elevado en más de un 19% la mortalidad de menores de un año, y en un 36% la de menores de cinco años, lo que reduce las posibilidades de muchos países de alcanzar el **Objetivo 4: reducir la mortalidad infantil**. En Botswana, la tasa de mortalidad en menores de cinco años alcanzará las 104 defunciones por 1000 nacidos vivos en 2005. Sin VIH/SIDA la tasa habría sido de 45 por 1000 (6).

La enfermedad reduce las posibilidades de alcanzar el **Objetivo 5: mejorar la salud materna**. En Rakai (Uganda) la mortalidad materna es de 1687 por 100 000 nacidos vivos entre las mujeres seropositivas y de 310 por 100 000 nacidos vivos entre las seronegativas (7).

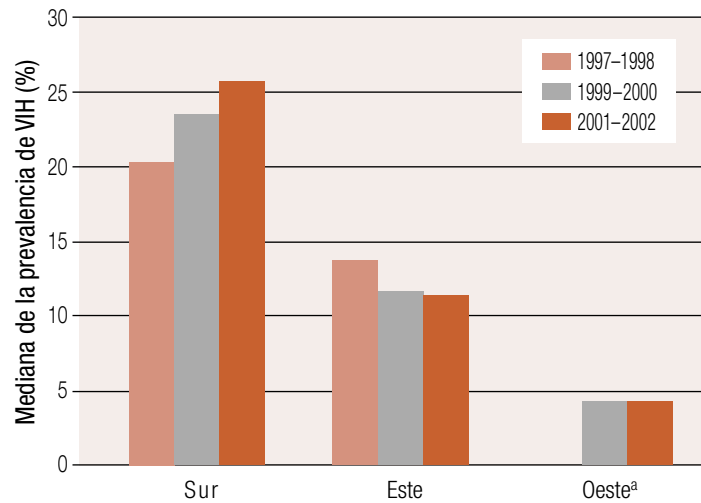
La infección por VIH también incrementa directamente el riesgo de tuberculosis, enfermedad en aumento en los países afectados por el VIH/SIDA. En Malawi, por ejemplo, la in-

cidencia de tuberculosis se duplicó entre 1986 y 1994, en gran medida porque las personas seropositivas tienen siete veces más probabilidades de contraerla que las no infectadas por el virus (8). En Uganda, las mujeres seropositivas tienen más probabilidades de contraer malaria durante el embarazo que las seronegativas. El mismo estudio mostró que las tasas de transmisión del VIH de la madre al niño ascienden al 40% entre las mujeres con malaria placentaria, frente al 15,4% entre las mujeres sin malaria (9). Por tanto, la pandemia también merma las posibilidades de luchar contra la malaria y otras enfermedades, como parte del **Objetivo 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades**.

Una meta del **Objetivo 7, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**, consiste en mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020. Sin embargo, el VIH/SIDA pondrá en peligro millones de vidas entre esas personas.

Todos los objetivos dependen del **Objetivo 8: fomentar una alianza mundial para el desarrollo**. Este objetivo vincula entre sí a los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado. El VIH/SIDA está minando los avances en este campo porque, por ejemplo, está diezmando la mano de obra cualificada. Facilitar el acceso a los medicamentos esenciales es una meta clave. Y extender el tratamiento contra el VIH/SIDA será fundamental para conseguir hacer progresos.

Figura 1.2 Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas atendidas en consultorios prenatales en distintas zonas del África subsahariana, 1997–2002



^a Ninguna estimación disponible 1997–1998.

representa alrededor de la quinta parte de la de África meridional, y no se aprecia un crecimiento rápido. Estas llamativas disparidades están documentadas a través de encuestas poblacionales e investigaciones científicas (véase el recuadro 1.2). Obedecen a diversos factores socioeconómicos, culturales, comportamentales y biológicos, como las migraciones, las prácticas de circuncisión masculina y la prevalencia de la infección por el virus Herpes simplex tipo 2 (12, 13).

En la mayoría de los países asiáticos, la epidemia tiende a concentrarse en los consumidores de drogas por vía parenteral y las redes de prostitución, aunque se estima que en Camboya, Myanmar, Tailandia y seis estados de la India la prevalencia del VIH entre la población adulta es superior al 1%. La evolución de la epidemia en los dos países más populosos del mundo, China y la India, tendrá una influencia decisiva en la pandemia mundial. En 2003, la cifra estimada de seropositivos en China era de 840 000, lo que equivale al 0,12% de la población adulta de

entre 15 y 49 años. Aproximadamente el 70% de estas infecciones se consideran debidas al consumo de drogas por vía parenteral o a métodos incorrectos de obtención de plasma, y más del 80% de los infectados son varones. En la India, según estimaciones oficiales, había en 2003 entre 3,8 y 4,6 millones de seropositivos, con diferencias considerables entre los estados; se ha producido un moderado aumento en los últimos años.

En los países de Europa oriental y Asia central la epidemia está creciendo, impulsada por el consumo de drogas por vía parenteral y, en menor grado, por las relaciones sexuales de riesgo entre jóvenes. En la Federación de Rusia, donde se estima que la prevalencia nacional es algo inferior al 1%, el 80% de los seropositivos tienen menos de 30 años. En Europa occidental la cifra de nuevas infecciones supera con mucho a la de fallecimientos, debido en gran medida a la eficacia con la que el tratamiento antirretroviral ha reducido las tasas de mortalidad. Sin embargo, hay signos preocupantes de que en varios países está aumentando la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual, como la sífilis y la gonococia, al igual que los comportamientos de riesgo (14, 15).

Se estima que en la Región del Mediterráneo Oriental residen unos 750 000 seropositivos. La principal vía de contagio son las relaciones heterosexuales, responsables de casi el 55% de los casos declarados. El consumo de drogas por vía parenteral cobra cada vez mayor importancia en la transmisión, y puede convertirse en el principal impulsor de la epidemia en un futuro próximo. El número de infecciones entre consumidores de drogas por vía parenteral se multiplicó por cinco entre 1999 y 2002. En el Sudán, el país más afectado de la Región, las relaciones heterosexuales son la principal vía de propagación.

En la Región de las Américas, el área más afectada es el Caribe, con la mayor prevalencia del mundo después del África subsahariana: la tasa global de prevalencia en la población adulta es del 2%–3%. Se estima que en América Latina hay 1,6 millones

de infectados. La mayoría de los países de la Región tienen epidemias concentradas, y en ellos las vías de contagio predominantes son el consumo de drogas por vía parenteral y las relaciones sexuales entre hombres. En el Caribe lo son las relaciones heterosexuales, a menudo asociadas a la prostitución. En América Central, las tasas de prevalencia han ido creciendo constantemente y la mayoría de los países se enfrentan a una epidemia generalizada. En los Estados Unidos de América se producen cada año entre 30 000 y 40 000 nuevas infecciones, y las poblaciones más afectadas son la afroamericana y la hispana.

Aumento de la mortalidad y disminución de la esperanza de vida

En muchos países, sobre todo en los más afectados por el VIH/SIDA, hay pruebas de que los descensos de la mortalidad infantil logrados durante la década de 1990 están invirtiéndose. Ello refleja la repercusión adversa del VIH/SIDA sobre el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil. Sin embargo, también en este caso, las grandes diferencias entre los países africanos en cuanto a la evolución de la prevalencia del VIH y a las cifras de mortalidad infantil no asociada con el VIH implican repercusiones muy distintas en unos lugares y otros. Se ha estimado que, en el África subsahariana, el VIH/SIDA fue la causa principal de aproximadamente el 8% de las defunciones de menores de cinco años durante 2001 (16).

En ausencia de registros vitales y de información fiable sobre las causas de la muerte, las pruebas del impacto de la infección por VIH en la mortalidad infantil son limitadas. Se sabe, no obstante, que incluso antes de que empezaran a utilizarse los antirretrovirales la enfermedad evolucionaba mucho más despacio en los niños seropositivos de Europa y los Estados Unidos que en los de África. En África occidental y oriental, la supervivencia mediana es inferior a dos años, frente a bastante más de cinco años en los países desarrollados (17).

Recuadro 1.2 Estimaciones del VIH y encuestas poblacionales

Es importante estimar con precisión el número de personas seropositivas con miras a las campañas de sensibilización, la planificación de programas y la evaluación. En los países con epidemias generalizadas, las estimaciones se basan en datos obtenidos por sistemas de vigilancia centrados en las mujeres embarazadas que acuden a consultorios «centinela» de atención prenatal. En los países con epidemias concentradas, dichas estimaciones se fundan en datos de prevalencia del VIH en poblaciones de alto riesgo y en poblaciones más amplias.

En fecha reciente, varios países han llevado a cabo encuestas poblacionales de ámbito nacional que incluían pruebas de detección del VIH, y muchos otros países prevén realizarlas en un futuro próximo. Las encuestas demográficas y de salud incluían pruebas del VIH en Kenia, Malí, la República Dominicana y Zambia. También se han realizado encuestas nacionales con pruebas del VIH en Burundi, Níger, Sudáfrica y Zimbabue. En general, la prevalencia del VIH según las encuestas po-

blacionales es inferior a las estimaciones basadas en la vigilancia prenatal.

Comparadas con la vigilancia prenatal, las encuestas representativas de la situación nacional tienen importantes ventajas, ya que ofrecen datos de una muestra de población más amplia, en particular de las poblaciones rurales, a menudo infrarrepresentadas en los sistemas de vigilancia de los consultorios de atención prenatal. El ONUSIDA y la OMS ajustan los datos para corregir esta infrarrepresentación de las poblaciones con menor prevalencia, pero puede que ello no sea suficiente.

Las encuestas poblacionales varían en cuanto a la metodología, los procedimientos de muestreo, los métodos de recolección de muestras biológicas, las estrategias de detección del VIH y las maneras de abordar las cuestiones éticas y los incentivos para la participación. Las tasas de falta de respuesta a las encuestas en los hogares y entre los individuos complican la interpretación de los resultados. En concreto, es probable que la ausencia del

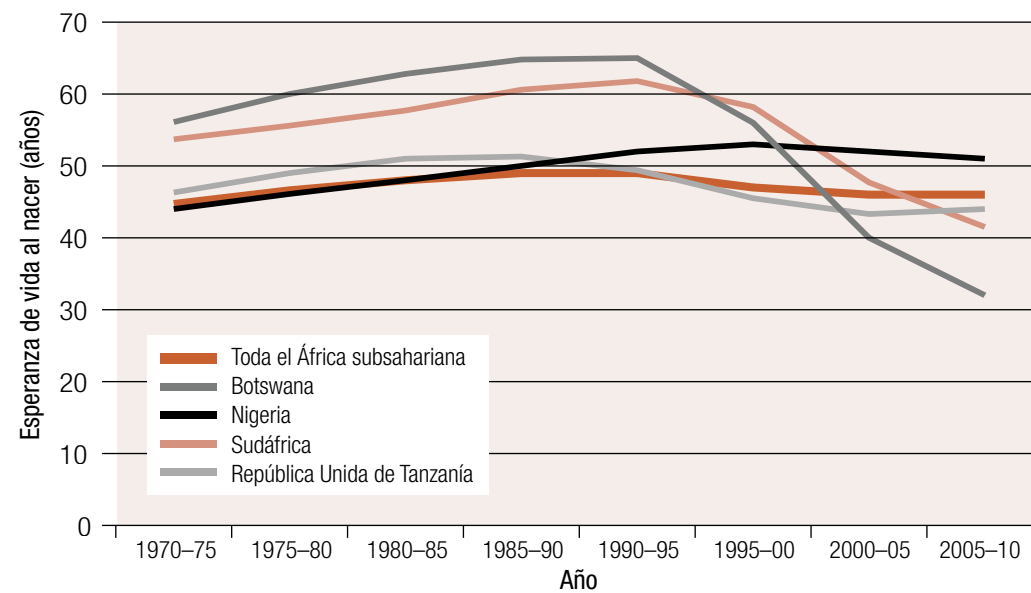
hogar se asocie a una mayor prevalencia del VIH. Cabe pensar que las estimaciones basadas en encuestas son en general algo inferiores a la prevalencia real.

Todas las estimaciones deben someterse a una evaluación crítica. En general, no se obtendrá la mejor estimación de la prevalencia del VIH con un solo método o fuente de datos. El valor de la vigilancia basada en los consultorios de atención prenatal estriba sobre todo en la evaluación de tendencias, y las encuestas realizadas cada cuatro a cinco años ayudarán a mejorar las estimaciones. Con unas encuestas poblacionales de gran calidad se pueden mejorar los supuestos empleados para estimar los niveles nacionales de prevalencia, como por ejemplo los relacionados con el ajuste de la población rural y el cálculo de la prevalencia en varones. Los resultados de las encuestas poblacionales señalan las mejoras necesarias en los sistemas nacionales de vigilancia del VIH (11).

El efecto más alarmante de la epidemia de VIH/SIDA se ha producido en la mortalidad de la población adulta (18). En los países más castigados de África oriental y meridional, la probabilidad de que una persona de 15 años muera antes de cumplir 60 ha aumentado rápidamente, del 10%–30% a mediados de la década de 1980 al 30%–60% a comienzos del nuevo milenio. Según estudios comunitarios realizados en África oriental, en los adultos seropositivos la mortalidad es entre 10 y 20 veces mayor que en la población no infectada (19). En conjunto, la máxima diferencia de mortalidad entre personas infectadas y no infectadas suele observarse entre los 20 y los 40 años. Las mujeres tienden a morir a edades más tempranas que los varones, como reflejo de que, en la población femenina, las tasas de infección por el VIH suelen alcanzar el máximo entre cinco y diez años antes que en la masculina. Las estimaciones más fiables de la supervivencia mediana tras la infección por el VIH proceden del estudio de Masaka (Uganda) (20), en el que la cifra era de nueve años aproximadamente, es decir, dos menos que la hallada en estudios de cohortes de países desarrollados incluso antes de que se dispusiera de tratamientos eficaces.

Los registros civiles, los censos nacionales, las encuestas demográficas y los sistemas de vigilancia demográfica han proporcionado información sobre las tendencias de la mortalidad (18). En Kenya, Malawi y Zimbabwe, los datos de censos y encuestas han revelado un aumento constante de la mortalidad en la población adulta a lo largo de la década de 1990. En Kenya, la probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años aumentó del 18% a principios de 1990 al 48% en 2002 (véase la tabla 1 del anexo). En Malawi, la cifra es actualmente del 63%; era inferior al 30% a principios de la década de 1980. En Zimbabwe, las probabilidades de 1997, del 50% para la población femenina y el 65% para la masculina, han aumentado hasta una cifra global del 80%. Hay pruebas de que en Tailandia y en Trinidad y Tabago ha aumentado la mortalidad, aunque en estos países la prevalencia de la infección por VIH es considerablemente

Figura 1.3 Tendencias de la esperanza de vida en el África subsahariana y en algunos países, 1970–2010



Fuente: (21).

inferior a la de la mayor parte de África. En Tailandia, por ejemplo, la tasa bruta de mortalidad en el grupo de entre 15 y 49 años casi se duplicó de 2,8 a 5,4 por mil entre 1987 y 1996.

En el África subsahariana, la pandemia de VIH/SIDA ha desbaratado las mejoras logradas en la esperanza de vida, que alcanzó un máximo de 49,2 años al final de la década de 1980 y está previsto que caiga hasta algo menos de 46 años en el periodo 2000–2005 (2) (véase la figura 1.3). Esta inversión de la tendencia es especialmente grave en aquellos países de África meridional que tenían una esperanza de vida relativamente elevada antes de la llegada del VIH/SIDA y se han visto muy afectados por éste. En Botswana, por ejemplo, la esperanza de vida se desplomó desde casi 65 años en 1985–1990 a 40 años en 2000–2005; en Sudáfrica se prevé que caerá de más de 60 años a menos de 50. La República Unida de Tanzania (cuya epidemia es menos de la mitad de la sudafricana) probablemente haya experimentado un descenso de la esperanza de vida de 51 a 43 años en los últimos 15 años. En Nigeria (donde la epidemia es aproximadamente la mitad que en la República Unida de Tanzania) las mejoras paulatinas que se estaban logrando se han estancado.

En la Región de África, la esperanza de vida al nacer era de 48 años en 2002; sin el VIH/SIDA habría sido de 54 años. En los países de África meridional habría sido de 56 años en lugar de 43 (véase la figura 1.4).

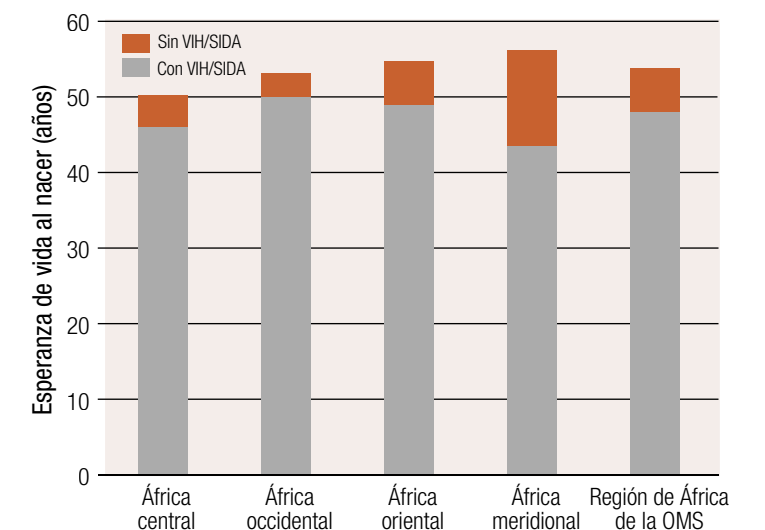
UNA INTERACCIÓN MORTAL: EL VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES

La interacción del VIH/SIDA con otras infecciones es un problema de salud pública cada vez más importante. En el África subsahariana, por ejemplo, se ha identificado a la malaria, las infecciones bacterianas y la tuberculosis (TB) como las principales causas de morbilidad relacionada con el VIH (22). La infección por el VIH incrementa tanto la incidencia como la gravedad de la malaria clínica en el adulto (23). En algunas zonas de África, la malaria por *Plasmodium falciparum* y la infección por VIH representan los dos problemas de salud más importantes.

La pandemia ha provocado cambios devastadores en la epidemiología de la tuberculosis, sobre todo en África, donde aproximadamente la tercera parte de la población está infectada por el bacilo tuberculoso, pero no siempre padece la enfermedad (está latente). Sin embargo, al final del año 2000, alrededor de 17 millones de personas en África y 4,5 millones en Asia Sudoriental estaban coinfectadas por el bacilo tuberculoso y el VIH (24). Es de prever que, si no reciben tratamiento, gran parte de ellas terminen padeciendo una tuberculosis activa (25), porque el VIH, al debilitar su sistema inmunitario, aumenta mucho las probabilidades de enfermar de tuberculosis.

En los países africanos con altas tasas de infección por el VIH, incluidos los que disponen de programas de lucha bien organizados, las tasas de declaración de casos de tuberculosis se han multiplicado por más de cuatro desde mediados de la década de

Figura 1.4 Esperanza de vida en África con y sin VIH/SIDA, 2002



1980, llegando a superar los 200 por 100 000 habitantes en 2002 (25). En los Estados Unidos, el 16% de los casos de tuberculosis se han atribuido al virus.

También es probable que aumente el número de coinfectados de tuberculosis y VIH multirresistentes en zonas de Asia y Europa oriental. En la India, por ejemplo, donde la cifra estimada de adultos coinfectados era de 1,7 millones en 2000, la tasa de multirresistencia llega hasta el 3% de los tuberculosos que no han recibido antes tratamiento.

LA BRECHA TERAPÉUTICA DEL SIDA

La situación esbozada muestra los efectos devastadores del virus en la salud de la población mundial. Pero dichos efectos no se distribuyen de forma homogénea, y a menudo se concentran precisamente en los lugares en los que menos probable es disponer de tratamiento. En conjunto, la cobertura del tratamiento antirretroviral es sumamente baja. Se estima que en 2003 el número de personas que lo necesitaban por encontrarse en fases avanzadas de la infección se acercaba a los seis millones, aunque las cifras deben interpretarse con cautela, y el intervalo de incertidumbre es amplio (entre cuatro y ocho millones).

En 2003 se trató a unas 400 000 personas. La cobertura más baja corresponde a la Región de África, que soporta la mayor carga de morbimortalidad, y donde se calcula que sólo reciben antirretrovirales 100 000 personas: una cobertura del 2%. En 2003, unos 34 países agrupaban a más del 90% de los adultos necesitados de tratamiento. Casi una de cada seis personas que precisan ser tratadas residen en Sudáfrica. La mitad de las necesidades mundiales de antirretrovirales se concentran en apenas siete países: la India y seis países de la Región de África de la OMS.

CONSECUENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS

Las epidemias comparten con las hambrunas, las guerras y las catástrofes naturales una característica importante: siempre acarrear otros desastres. A nivel mundial, la epidemia de VIH/SIDA tiene ya un funesto efecto dominó. Millones de niños quedan huérfanos, las comunidades se destruyen, los servicios de salud están desbordados y países enteros se enfrentan al hambre y la ruina económica.

El VIH/SIDA castiga con mayor crudeza a los pobres: ellos son los más vulnerables a la infección, y el sufrimiento, la enfermedad y las muertes que provoca el virus afectan sobre todo a las familias más desfavorecidas. Entre los efectos de la epidemia se cuentan penurias económicas devastadoras de trágicas consecuencias. La enfermedad no sólo hace más pobres a las familias que ya lo eran, sino que condena a la misma suerte a hogares de economía relativamente holgada.

Es probable que el impacto de la epidemia en la estructura demográfica y la esperanza de vida de la población adulta acarree cambios negativos a gran escala en las pautas de comportamiento económico y social (26). Además de la pérdida de ingresos y del desvío de éstos a gastos sanitarios, las familias recurren a diversas estrategias de «afrontamiento» que a la larga tienen efectos negativos, como la emigración (27), el trabajo infantil, la venta de bienes y el gasto de los ahorros. Las familias que sufren la enfermedad o muerte de uno o más de sus miembros han de soportar tanto los costos directos de los gastos médicos y funerarios como los indirectos del impacto de la enfermedad en la productividad (28, 29).

El VIH/SIDA está cambiando la estructura de las poblaciones. Por ejemplo, en muchos países africanos, la disminución del número de adultos en edad de trabajar de los que dependen sus familiares, niños y ancianos, ha elevado la razón de dependencia, situación que se está agravando.

En los jóvenes, los efectos psicológicos que provoca ver morir a sus mayores inmediatos en gran número a edades tan tempranas y el temor consiguiente por su propio futuro son enormes y repercutirán hondamente en el desarrollo económico. Además, los padres (en su mayoría adultos jóvenes) mueren prematuramente, por lo que no pueden traspasar sus bienes y aptitudes a los hijos. El VIH/SIDA debilita así el proceso de acumulación y transmisión del capital humano (la experiencia, las aptitudes y los conocimientos de las personas) de generación en generación (30).

La crisis de los niños que han perdido a uno o ambos progenitores a causa del VIH/SIDA lleva una década afligiendo a África, y empeorará. Hoy día estos huérfanos suman unos 14 millones, y la gran mayoría viven en África, pero las previsiones indican que para 2010 esta cifra casi se habrá duplicado y alcanzará los 25 millones (31, 32): una nación de niños equivalente a toda la población del Iraq. En ese momento, entre el 15% y el 25% de los niños de una decena de países subsaharianos serán huérfanos. Incluso en países en los que la prevalencia del VIH se ha estabilizado o ha caído, como Uganda, el número de huérfanos seguirá aumentando a medida que los padres ya infectados mueran de la enfermedad. Cuando los huérfanos eran relativamente escasos, la familia extensa podía atenderlos, pero ahora las cifras son demasiado altas y muchos niños terminan viviendo en la calle.

Un mayor riesgo para las mujeres

En muchos países las mujeres se enfrentan ya a graves penurias como consecuencia de la desigualdad, la discriminación y la victimización, y a menudo el VIH/SIDA viene a agravar esas penalidades. De hecho, esos mismos factores ayudan a explicar por qué a las mujeres les afecta desproporcionadamente la enfermedad. Alrededor del 58% de los seropositivos de la Región de África de la OMS son mujeres. Se infectan a edades más tempranas que los varones, como promedio entre seis y ocho años antes. Es frecuente que las jóvenes se vean forzadas a mantener relaciones sexuales desiguales y no puedan negociar unas relaciones más seguras. De esta situación deriva una pérdida proporcionalmente mayor de vidas entre las mujeres, lo que generará un desequilibrio en la población adulta cuyas consecuencias se desconocen. Una de ellas, probable y ominosa, es que los hombres maduros buscarán pareja entre mujeres cada vez más jóvenes, lo que a su vez intensificará algunos de los factores de riesgo de propagación del VIH.

Una amenaza económica subestimada

En muchos países, los efectos acumulativos de la epidemia podrían tener consecuencias catastróficas en el crecimiento económico a largo plazo y menoscabar gravemente las perspectivas de reducir la pobreza. Hasta fecha reciente, la mayoría de los expertos pensaban que una epidemia generalizada de VIH/SIDA con una prevalencia del 10% en la población adulta reduciría el crecimiento económico en torno a un 0,5% anual (33). Varios estudios nacionales indican que la epidemia de VIH/SIDA recorta el producto interno bruto (PIB) un 1% aproximadamente, pero recientes estudios y estimaciones dibujan un panorama mucho más sombrío de los efectos económicos presentes y futuros (30, 34).

En el pasado, los estudios han malinterpretado los efectos de las epidemias al considerarlos similares a los de conmociones aisladas como catástrofes naturales o reveses económicos internacionales, que muchas economías pueden absorber y que escapan al control de los planificadores. También las predicciones han reflejado a menudo el supuesto de que los países africanos más afectados tenían un exceso de mano de obra, y han señalado que una contracción de la masa laboral podría conducir a un uso

más eficiente de la tierra y el capital. Se pensaba que, en realidad, el PIB per cápita aumentaría si el descenso del PIB fuera inferior al de la población. Se creía, asimismo, que la destrucción de la población activa y, por tanto, la reducción de la oferta de mano de obra debida al VIH/SIDA podrían dar lugar a un aumento de la productividad individual de los trabajadores restantes, porque cada uno de ellos dispondría de más tierra y capital con los que trabajar. La consecuencia de estos supuestos e interpretaciones erróneas fue que no se realizaron revisiones nacionales e internacionales de las políticas económicas para tener en cuenta el impacto del VIH/SIDA.

El VIH/SIDA tendrá efectos generalizados que persistirán durante generaciones y que en muchos estudios económicos no se pueden apreciar. La enfermedad y la muerte prematura representan inversiones en capital humano desperdiciadas y, a escala mundial, reducen los incentivos para invertir en el futuro. Una respuesta insuficiente al VIH/SIDA significa que la enfermedad seguirá destruyendo los sistemas educativos y otras instituciones básicas, reducirá el capital humano y la capacidad

La historia de una hija



Gideon Mendel/Network

Samkelisiwe Mkhwanazi recibió el diagnóstico de VIH/SIDA cuando estaba recibiendo tratamiento antituberculoso en el Hospital Ngwelezane de KwaZulu-Natal (Sudáfrica). Tras salir del hospital, permaneció tres meses con un curandero tradicional que la trató con medicamentos herbarios, pero su estado de salud no mejoró.

En condiciones normales, a Samkelisiwe, de 30 años de edad, le correspondería ocuparse de su hijo y de su madre, Nesta, pero ahora ha vuelto a depender de ésta. «Quiero estar con ella hasta mi muerte»,

declara. La familia entera se apoya en Nesta, que debe atender a todos, incluidos los hijos de la difunta hermana de Samkelisiwe (véase la historia de Nesta en el capítulo 5).

Samkelisiwe es sólo una de los aproximadamente seis millones de personas de los países en desarrollo que necesitan tratamiento urgente con antirretrovirales. La incapacidad de los sistemas sanitarios para hacer frente al problema obliga a la mayoría de las personas seropositivas a depender de los cuidados que les presten la familia o la comunidad.

de transmitirlo, y contribuirá a un prolongado declive del ahorro y la inversión. Por consiguiente, responder a las epidemias, incluso a las de baja prevalencia, reportará muchos beneficios.

La amenaza del colapso institucional

Van haciéndose evidentes las consecuencias de una menor esperanza de vida de los adultos para las sociedades muy castigadas por el VIH/SIDA, aunque, en ocasiones, deficiencias anteriores han enmascarado el impacto específico de éste (35). Por ejemplo, en África, el mal funcionamiento de las instituciones ha quedado oculto tras una ineficiencia de larga data y expectativas de bajo rendimiento. Hoy día, en varios países de África meridional, la supervivencia y el funcionamiento de las instituciones están amenazados. La falta de capacidad es un problema fundamental. Existen ya importantes carencias de personal calificado en organizaciones clave. Los puestos están vacantes u ocupados de forma interina. La continuidad laboral es escasa debido a las defunciones y a las consiguientes remodelaciones. También la moral es baja. Numerosos estudios y datos aislados señalan la ralentización, próxima a la parálisis, de los servicios agrícolas, judiciales, policiales, educativos y sanitarios.

Muchas empresas africanas se han visto también gravemente afectadas por la disminución de la oferta de mano de obra, en particular por la pérdida de trabajadores experimentados en sus años más productivos, el aumento del absentismo, la disminución de la rentabilidad y la menor competitividad internacional (36). La amenaza que supone la epidemia para la seguridad regional es otro ejemplo de impacto indirecto que puede perjudicar a actividades económicas como el turismo (37) o los flujos de inversión extranjera (38).

En África meridional y oriental se está viendo afectado el sector educativo, porque el número de profesores que se pierden supera al de los que se forman (39). Esto no es sólo consecuencia de las enfermedades y las muertes relacionadas con el SIDA: algunos profesores son contratados por el sector privado, que también necesita personal calificado, y otros emigran. Los efectos quedan enmascarados por el descenso del número de niños que se matriculan en la escuela, debido a que las familias afectadas por el VIH/SIDA no pueden pagar los gastos de escolarización o necesitan que sus hijos trabajen en casa. El resultado será un menor nivel educacional, con consecuencias negativas para los esfuerzos por reducir la pobreza, mejorar las relaciones entre los sexos y reducir la transmisión del VIH, así como para la salud en general de los que sobreviven. Se está minando el intento de escolarizar a todos los niños para 2015 (uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio), con consecuencias negativas a largo plazo.

Una de las muchas tragedias del VIH/SIDA es que a menudo castiga con mayor dureza a los sistemas de salud más débiles, y los perjudica por partida doble. Unos sistemas que de por sí no pueden afrontar la situación se debilitan aún más como consecuencia de la mortandad y la discapacidad que el VIH/SIDA causa en gran número de profesionales sanitarios (véase el capítulo 4). En los países de bajos ingresos que ya adolecían de falta de personal sanitario, los sistemas de salud están sobrecargados. En Côte d'Ivoire y Uganda, entre el 50% y el 80% de las camas hospitalarias para adultos están ocupadas por pacientes con trastornos relacionados con el VIH. En Swazilandia, la duración media de la hospitalización es de seis días, pero se eleva a 30 días en el 80% de los pacientes con tuberculosis asociada al VIH (40).

El VIH/SIDA tiene en muchos casos un impacto enorme en el sector sanitario. La gravedad y complejidad de las infecciones oportunistas se asocia a altas tasas de hospitalización, mortalidad de los pacientes hospitalizados y mayores gastos en tra-

tamiento. En algunos países subsaharianos, la tasa de ocupación de las camas de hospitales generales por enfermos de SIDA supera con frecuencia el 50%. Sin embargo, se ha comprobado que el tratamiento antirretroviral reduce drásticamente la mortalidad, la morbilidad y los gastos asistenciales relacionados con el VIH/SIDA, y que mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes. El capítulo 4 aborda con detalle las cuestiones clave que relacionan el VIH, los sistemas sanitarios y la extensión del tratamiento.

Dadas las abrumadoras consecuencias sociales y económicas de la propagación del VIH, la necesidad de aplicar métodos de prevención eficaces y de amplio alcance resulta hoy tan evidente como lo era ya al inicio de la epidemia, en la década de 1980. La sección siguiente aborda las diversas estrategias preventivas y asistenciales que se están aplicando en el mundo.

PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y APOYO: ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO

Puede que el VIH/SIDA no sea curable, pero no cabe duda de que es prevenible y tratable. Se ha estimado que casi las dos terceras partes de los contagios que, según las proyecciones, se producirán durante el periodo 2002–2010 podrían prevenirse si se amplía considerablemente la cobertura de las actuales estrategias preventivas (41). Las labores de prevención pueden y consiguen detener la propagación del virus, y los importantes avances en el tratamiento sustentan la esperanza de una vida más larga y mejor para los ya infectados. Extender masivamente el acceso al tratamiento debe convertirse en una forma de apoyar y fortalecer los programas de prevención. Una cuidadosa integración de los servicios de prevención y tratamiento garantizará que las personas que resulten seropositivas queden vinculadas a servicios de asesoramiento y tratamiento, lo que puede conducir a proteger a otras de la infección (42). Además, en el caso de las personas a las que normalmente les asustaría someterse a las pruebas, es más probable que acudan a servicios de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA si tienen acceso al tratamiento (véase el recuadro 1.3).

Prevenir la transmisión sexual del VIH

La prevención puede resultar eficaz en muchas poblaciones, siempre y cuando se empleen estrategias basadas en pruebas científicas y cuidadosamente adaptadas tanto al entorno socioeconómico como a la situación de la epidemia nacional de VIH/SIDA. Se ha comprobado que los enfoques integrales que respaldan los derechos sociales e individuales, implican a las comunidades y fundamentan su desarrollo en los valores culturales de éstas resultan eficaces cuando se combinan con la promoción del uso sistemático del preservativo, el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH, y una iniciación sexual más tardía. También la promoción de otras estrategias, como la abstinencia y la reducción del número de parejas, deben basarse en pruebas sólidas.

Es sabido que el nivel de desarrollo socioeconómico y factores culturales como la desigualdad por razón de sexo o el acceso a la educación y la atención sanitaria son otros tantos obstáculos al éxito de las iniciativas de prevención. Las intervenciones que reducen los efectos de esos obstáculos (como instaurar medidas que permitan a las niñas permanecer escolarizadas durante más tiempo) pueden tener un impacto duradero en las tasas de transmisión del VIH. También resulta útil la promoción de los derechos humanos, combinada con programas de modificación del comportamiento (45, 46). Las enseñanzas extraídas de diversos entornos y comunidades muestran que, para llevar a efecto cualquier medida preventiva, las personas no sólo han de poseer los conocimientos adecuados, sino también la capacidad de aplicarlos.

La constancia en el uso del preservativo exige un sistema fiable de distribución entre las poblaciones pobres o de zonas de difícil acceso (47). Resultan eficaces las intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo, como los hombres que tienen relaciones homosexuales y las prostitutas y sus clientes en África, Asia y América Latina. En Abidján (Côte d'Ivoire) y Cotonou (Benin), la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo descendió durante la década de 1990, y el mayor uso del preservativo contribuyó significativamente a este descenso (48, 49); cambios similares se han observado entre los profesionales del sexo en Camboya y Tailandia (véase el recuadro 1.4). En una comunidad minera sudafricana, las intervenciones dirigidas a los grupos de mayor riesgo incrementaron el uso del preservativo y redujeron mucho las tasas de infecciones de transmisión sexual en la comunidad, sobre todo las más relacionadas con el VIH (52).

Según algunas de las últimas investigaciones, unos programas eficaces de prevención dirigidos a los jóvenes pueden enseñarles comportamientos sexuales responsables y seguros. Datos recientes indican que, en Uganda, los jóvenes han modificado considerablemente su comportamiento en los últimos años, y la prevalencia del VIH ha descendido mucho entre ellos (53).

Romper los vínculos con otras infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual elevan el riesgo de contagio del VIH como mínimo entre dos y cinco veces (49) y contribuyen a la propagación del virus. Si no se tratan, no sólo incrementan la infecciosidad de los seropositivos, sino también la susceptibilidad de los seronegativos a la infección. Por ello, tanto el diagnóstico y el tratamiento tempranos de estas infecciones como los esfuerzos por reducir su prevalencia deberían ser componentes de una estrategia integral de prevención del VIH. Probablemente las medidas de lucha contra las infecciones de transmisión sexual reportan más beneficios en las primeras etapas de una epidemia nacional de VIH/SIDA, cuando el virus se propaga como consecuencia de unas altas tasas de cambio de pareja sexual, pero los datos indican que tienen importantes efectos incluso en epidemias más avanzadas.

Recuadro 1.3 La prevención y el tratamiento en el Brasil y las Bahamas

La experiencia brasileña demuestra que extender masivamente el tratamiento antirretroviral no dificulta las tareas de prevención; antes bien, las impulsa si también se extienden éstas al mismo tiempo. Desde 1996 (año en el que se inició el programa brasileño de distribución universal de antirretrovirales), se viene haciendo un seguimiento del comportamiento sexual y, más recientemente, de la prevalencia del VIH en casi 30 000 reclutas varones del ejército. En 1999–2002, más del 80% de ellos eran sexualmente activos, y el porcentaje de los que tenían varias parejas permanecía constante; pero la prevalencia del VIH entre los hombres era baja (0,08%) y la frecuencia

de uso del preservativo era alta y en aumento. En 1999, el 62% de los hombres dijeron haber utilizado el preservativo en su última relación sexual, y en 2000 y 2002 la cifra fue del 70%. El uso del preservativo en relaciones sexuales remuneradas durante el año anterior aumentó del 69% en 1999 al 77% en 2002. También se observó el impacto de las intervenciones de prevención entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Fue en este grupo en el que se produjo un descenso más significativo de los comportamientos sexuales de riesgo (43).

En las Bahamas, la introducción del tratamiento antirretroviral se ha acompañado

igualmente de mayores logros en el ámbito de la prevención, además de significativos descensos de la mortalidad (del 56% en la debida al SIDA, que incluye un 89% menos de defunciones infantiles). Los logros en materia de prevención se reflejan en el descenso de la transmisión del VIH de la madre al niño del 28% al 3%; también se ha logrado reducir en un 44,4% los nuevos casos de infección por el VIH, en un 41% la prevalencia del VIH entre los pacientes tratados por infecciones de transmisión sexual, y en un 38% la prevalencia del VIH entre las embarazadas (44).

Prevenir la infección en lactantes y niños

Se estima que cada año dan a luz 2,2 millones de mujeres infectadas por el VIH, y que aproximadamente 700 000 recién nacidos resultan contagiados por sus madres. La transmisión del VIH de la madre al niño puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. Si no se interviene, en los países desarrollados, entre el 14% y el 25% de los niños nacidos de madres seropositivas se infectan, frente al 13%-42% en otros países (54). Esta disparidad obedece fundamentalmente a las distintas prácticas de amamantamiento. Se estima que entre el 5% y el 20% de los lactantes nacidos de mujeres seropositivas contraen la infección por la leche materna.

Recuadro 1.4 Camboya y Tailandia – éxitos y retos

En Asia, la infección por el VIH sigue circunscrita en gran medida a las personas con mayor nivel de riesgo (profesionales del sexo, consumidores de drogas por vía parenteral y hombres que tienen relaciones homosexuales) y a sus parejas. Las personas en situación de alto riesgo representan entre el 7% y el 25% de la población adulta, por lo que en todos los países de la región cabe la posibilidad de que estalle una epidemia.

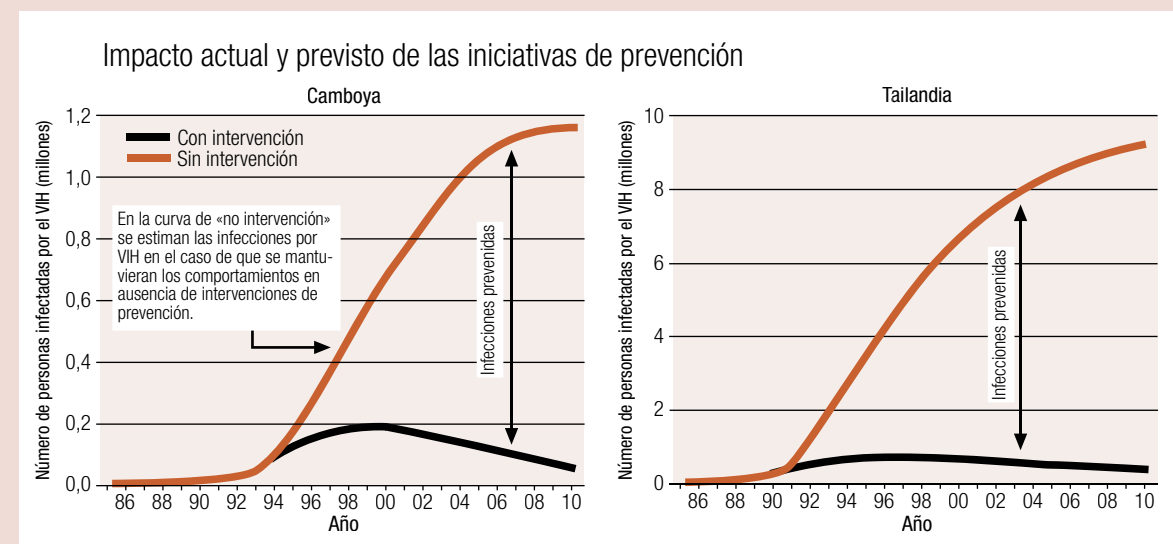
Sin embargo, el hecho de que el riesgo esté concentrado significa que unas medidas de prevención dirigidas y de amplia cobertura pueden impedir que se produzcan epidemias o invertir su curso. Camboya y Tailandia pusieron en marcha intervenciones intensivas, extensas y bien financiadas para reducir los riesgos en el ámbito de la prostitución y han logrado modificar el curso de las epidemias. En ambos países se comprendió pronto el

papel de esa actividad en la transmisión del VIH y se emprendieron importantes intervenciones de ámbito nacional en las que no sólo se trabajó con los propietarios de los burdeles y los profesionales del sexo, sino que se llegó también a las amplias poblaciones de clientes, que representaban casi el 20% de los varones adultos a principios de la década de 1990. En respuesta a estos programas, el uso del preservativo entre los profesionales del sexo y los clientes ascendió a más del 90%, y el número de hombres que visitaban a profesionales del sexo se redujo a la mitad.

Partiendo de este modelo asiático de la epidemia, el East-West Center y sus colaboradores han estudiado el impacto de esas actividades de prevención. Sin unos programas preventivos enérgicos, ambos países estarían padeciendo ahora una epidemia en expansión, con un 10%-15% de seropositivos entre la

población adulta, en lugar de las cifras del 2%-3% y el declive de la epidemia que estamos presenciando.

Pero cuando se cierra una vía de transmisión del VIH, surgen otras. Hasta la fecha, los programas dirigidos a los consumidores de drogas por vía parenteral, a los hombres que tienen relaciones homosexuales y a los jóvenes sexualmente activos han sido poco enérgicos e ineficaces. En Tailandia, la epidemia entre los consumidores de drogas por vía parenteral no cede, el uso del preservativo entre los jóvenes se mantiene en niveles bajos, del 20% aproximadamente, y entre los hombres que tienen relaciones homosexuales, los seropositivos rondan el 15%. Si desean mantener sus logros, estos dos países deben adaptar las respuestas para que sean igualmente eficaces y enérgicas frente a las nuevas distribuciones del riesgo (50, 51).



La forma más eficaz de prevenir la infección en lactantes y niños pequeños es prevenirla en las mujeres y evitar los embarazos no deseados en las que ya son seropositivas. Aun así, también es posible prevenir la mayoría de los casos de transmisión del VIH de la madre al niño. Hoy día, la profilaxis con antirretrovirales, unida a otras medidas como la cesárea programada antes de que comience el parto y se rompa la bolsa de las aguas o evitar la lactancia materna, ha eliminado casi por completo la infección de los lactantes por el VIH en el mundo desarrollado, con tasas de contagio inferiores al 2%. En los países en desarrollo en los que la lactancia es la norma, el riesgo de transmisión del VIH al recién nacido puede reducirse a menos de la mitad mediante ciclos cortos de tratamiento antirretroviral, aunque esta reducción no es sostenida si no se adoptan prácticas de alimentación que reduzcan el riesgo.

Para reducir el riesgo de transmisión del VIH por la leche materna, la OMS recomienda actualmente que, cuando sea aceptable, factible, asequible, sostenible y seguro emplear una alimentación de reemplazo, las madres seropositivas abandonen totalmente la lactancia natural. En los demás casos se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida. Para minimizar el riesgo de transmisión después del parto, debe suspenderse la lactancia natural tan pronto como se pueda, teniendo en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la madre y los riesgos que plantea una alimentación de reemplazo, como infecciones distintas del VIH y malnutrición.

Aunque se está avanzando en la aplicación a gran escala de estas intervenciones de bajo costo y relativamente sencillas en los países más afectados, el proceso ha sido más lento de lo previsto. Se debe animar y ayudar a las mujeres a que acudan a los servicios de atención prenatal, acepten someterse al asesoramiento y las pruebas, regresen para conocer los resultados y adopten prácticas más seguras para alimentar a sus hijos; debe dárseles también acceso a un tratamiento antirretroviral correctamente administrado. En la actualidad, se plantean los desafíos siguientes: lograr que crezca rápidamente la aceptación del asesoramiento y las pruebas del VIH; integrar en los servicios de atención maternoinfantil la prevención del contagio de los lactantes y los niños pequeños, y ampliar la prevención de la transmisión de la madre al niño de manera que abarque la atención, el tratamiento y el apoyo a las madres seropositivas, a sus bebés y a la familia.

Mitigar el daño entre los consumidores de drogas por vía parenteral

Es posible que la cifra mundial de seropositivos entre los consumidores o ex consumidores de drogas por vía parenteral ronde los 2-3 millones. Hay epidemias del VIH asociadas a dicho consumo en más de 110 países. Si no se actúa para mitigar el daño, la prevalencia del VIH entre los toxicómanos por vía parenteral puede elevarse al 40% o más entre uno y dos años después de la llegada del virus a sus comunidades. A la transmisión del VIH por compartir jeringuillas no estériles se suma el contagio por las relaciones sexuales de los toxicómanos entre sí y con sus parejas.

Los toxicómanos por vía parenteral deben tener acceso a servicios que les ayuden a reducir los riesgos del consumo de drogas y de la infección por VIH. Quienes deseen abandonar las drogas o recibir un tratamiento sustitutivo para dejar de inyectarse han de disponer de programas de tratamiento. La principal finalidad de la reducción del daño es ayudar a los toxicómanos a evitar las consecuencias negativas del consumo por vía parenteral y mejorar su estado de salud y su situación social. Entre las intervenciones se cuentan proyectos que intentan garantizar que quienes sigan

inyectándose tengan acceso a material de inyección estéril. Una evaluación llevada a cabo en 99 ciudades mostró que el riesgo de transmisión del VIH había descendido un 19% anual en las ciudades que disponían de dichos proyectos (sin un aumento concomitante del consumo de drogas), frente a un aumento del 8% en las que carecían de ellos (55).

Prevenir la transmisión en el ámbito de la atención sanitaria

Las prácticas incorrectas de transfusión sanguínea son otra vía importante de transmisión parenteral del VIH. Se necesitan políticas y procedimientos para minimizar el riesgo de contagio a través de ellas, como la creación de un servicio nacional de transfusiones, la selección de donantes de bajo riesgo, la eliminación de las transfusiones innecesarias y el cribado sistemático de la sangre destinada a transfusión.

La aplicación de las precauciones universales en los establecimientos sanitarios previene la transmisión del VIH y de otros patógenos transmitidos por la sangre, por lo que se necesita mejorar el acceso a tecnologías más seguras. Una revisión de los estudios publicados ha demostrado que, en el África subsahariana, las inyecciones peligrosas desempeñan un papel menor, pero significativo, en la transmisión del VIH (56). Con independencia de su contribución exacta a la pandemia de VIH/SIDA, estas inyecciones son una práctica inaceptable, y en todos los establecimientos sanitarios deben redoblar los esfuerzos por reducir la exposición de los pacientes y el personal asistencial a las infecciones transmitidas por la sangre.

Atención de los niños seropositivos en Moscú



Ilse Fresh/Lookat/Network

En el último decenio ha aumentado rápidamente el número de casos de VIH/SIDA en Europa oriental y la antigua Unión Soviética. A diferencia de la mayoría de las demás regiones, en éstas la infección se ha propagado sobre todo por el consumo de drogas por vía parenteral. Muchas mujeres que resultan infectadas de este modo transmiten el virus a sus hijos.

Estos tres niños están siendo atendidos en un pequeño consultorio del Hospital de Orechovo-Zoejevo, en la región de Moscú. El consultorio viene a ser un hogar para los niños VIH-positivos cuyas madres han fallecido o no pueden cuidar de ellos.

Asesoramiento y pruebas

En los países de bajos ingresos, la gran mayoría de las personas seropositivas ignoran que están infectadas. Las pruebas son un medio fundamental para identificarlas e iniciar el tratamiento, así como para prevenir la infección en las madres y sus hijos lactantes. Constituyen también un componente básico de toda estrategia integral para prevenir la transmisión sexual. Los estudios demuestran que las personas que resultan seropositivas tienden a reducir los comportamientos de riesgo (57). Las sesiones de asesoramiento y pruebas con ambos miembros de la pareja pueden elevar la frecuencia de uso del preservativo.

Es urgente extender masivamente el acceso al asesoramiento y las pruebas, que deberían ofrecerse como norma asistencial. Las pruebas de detección del VIH han de realizarse siempre tras haber obtenido el consentimiento informado del paciente y con las correspondientes garantías de confidencialidad. Los servicios de asesoramiento y pruebas deben estar al día en lo que respecta a las nuevas opciones en materia de tratamiento y prevención. Los gobiernos nacionales verán aumentar su responsabilidad de proporcionar servicios de asesoramiento y pruebas de alta calidad, los cuales deben convertirse en parte integral de la asistencia sanitaria, por ejemplo en las consultas de atención prenatal, o en los centros de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual.

Para poder acelerar la prevención y la asistencia y limitar a la vez la devastación social que se está produciendo, es una necesidad de salud pública extender rápidamente el acceso al tratamiento del VIH/SIDA en los países más afectados por la pandemia. La terapia antirretroviral es eficaz y mucho más barata que hace dos años; salva vidas y ayudará a prevenir las catástrofes sociales y económicas apuntadas en este capítulo. La respuesta necesaria se describe en el capítulo siguiente, dedicado a la audaz iniciativa de dispensar tratamiento a tres millones de personas con VIH/SIDA para el final de 2005; en él se explica cómo dicha iniciativa puede ayudar a fortalecer los sistemas de salud.

Referencias

1. *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2003*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2003 (UNAIDS/03.39S).
2. *World population prospects: the 2002 revision*. Nueva York, Naciones Unidas, 2003.
3. Dixon S, McDonald S, Roberts J. The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development. *BMJ*, 2002, 324:232-234.
4. Topouzis D. *The socio-economic impact of HIV/AIDS on rural families with an emphasis on youth*. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1994.
5. *El progreso de las naciones 2000*, Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000 (documento de referencia).
6. *The impact of AIDS*. Nueva York, Naciones Unidas, 2003 (División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales).
7. Sewankambo NK, Gray RH, Ahmad S, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Nalugoda F et al. Mortality associated with HIV infection in rural Rakai district, Uganda. *AIDS*, 2000, 14:2391-2400.
8. Glynn JR, Warndorff DK, Fine PEM, Msiska GK, Munthali MM, Ponnighaus JM. The impact of HIV on morbidity and mortality from tuberculosis in sub-Saharan Africa: a study in rural Malawi and review of the literature. *Health Transition Review*, 1997, 7(Suppl. 2):75-87.
9. Brahmabhatta H, Kigozi G, Wabwire-Mangen F, Serwadda D, Sewankambo N, Lutalo T et al. The effects of placental malaria on mother-to-child HIV transmission in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:2539-2541.

10. HIV/AIDS: epidemiological surveillance update for the WHO African Region 2002. Harare, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de la OMS para África, 2003.
11. Reconciling survey and surveillance-based estimates. Report of Tropical Diseases Research Centre (Ndola, Zambia)/UNAIDS/WHO Technical Consultation, Lusaka, Zambia, 17–18 February 2003. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/hiv/strategic/mt170203/en/>, visitado el 14 de febrero de 2004).
12. Buve A, Carael M, Hayes R, Robinson NJ. Variations in HIV prevalence between urban areas in sub-Saharan Africa: do we understand them? *AIDS*, 1995, 9(Suppl. A): S103–S109.
13. Boerma JT, Nyamukapa C, Urassa M, Gregson S. Understanding the uneven spread of HIV within Africa: a comparative study of biologic, behavioral, and contextual factors in rural populations in Tanzania and Zimbabwe. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30:779–787.
14. Nicoll A, Hamers F. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? *BMJ*, 2002, 324:1324–1327.
15. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year 2003, no. 69*. Saint-Maurice (Francia), Institut de Veille Sanitaire, 2003 (http://www.eurohiv.org/reports/report_69/pdf/draft_rep69.pdf, visitado el 3 de febrero de 2004).
16. Walker N, Schwartzlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet*, 2002, 360:284–289.
17. Newell M-L, Brahmabhatt H, Ghys P. Child mortality and HIV infection in Africa: a review. The impact of the AIDS epidemic on child mortality. *AIDS* (de próxima aparición).
18. Blacker J. The impact of AIDS on adult mortality: evidence from national and regional statistics. *AIDS* (de próxima aparición).
19. Porter K, Zaba B. The empirical evidence for the impact of HIV on adult mortality in the developing world: data from serological studies. *AIDS* (de próxima aparición).
20. Morgan D, Mahe C, Mayanja B, Okongo JM, Lubega R, Whitworth JA. HIV-1 infection in rural Africa: is there a difference in median time to AIDS and survival compared with that in industrialized countries? *AIDS*, 2002, 16:597–603.
21. División de Población de las Naciones Unidas. *World population prospects: the 2002 revision population database* (<http://esa.un.org/unpp>, visitado el 18 de febrero de 2004).
22. Holmes CB, Losina E, Walensky RP, Yazdanpanah Y, Freedberg KA. Review of human immunodeficiency virus type I-related opportunistic infections in sub-Saharan Africa. *Clinical Infectious Diseases*, 2003, 36:652–662.
23. Corbett EL, Steketee RW, ter Kuile FO, Latif A, Kamali A, Hayes RJ. HIV-1/AIDS and the control of other infectious diseases in Africa. *Lancet*, 2002, 359:2177–2187.
24. Corbett EL, Watt C, Walker N, Maher D, Williams BG, Ravigione MC et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:1009–1021.
25. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.331, en prensa).
26. Barnett T, Whiteside A. *AIDS in the 21st century: disease and globalization*. Londres, Macmillan Palgrave, 2002.
27. Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. *AIDS*, 2002, 16(Suppl. 3):S42–S49.
28. Mutangadura G, Mukurazita D, Jackson H. *A review of household and community responses to the HIV/AIDS epidemic in the rural areas of sub-Saharan Africa*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2000.
29. Over M. Coping with the impact of AIDS. *Finance and Development*, 1998, March:22–24.
30. Bell C, Devarajan S, Gersbach H. The long-run economic costs of AIDS: theory and application to South Africa. Washington, DC, Banco Mundial, 2003.
31. *Los huérfanos y otros niños y niñas afectados por el VIH/SIDA: Hoja de datos del UNICEF*. París, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (http://www.unicef.org/aids/index_orphans.html, visitado el 4 de febrero de 2004).
32. UNICEF/USAID/ONUSIDA. *Children on the brink 2002. A joint report on orphan estimates and program strategies*. Washington, DC, The Synergy Project, 2002.
33. *Hacer frente al SIDA: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*. Washington, DC, Banco Mundial, 1999.
34. McPherson M, Goldsmith A. Africa: on the move? *SAIS Review*, 1998, 28:153–167.
35. Husain IZ, Badcock-Walters P. Economics of HIV/AIDS mitigation: responding to problems of systemic dysfunction and sectoral capacity. In: Forsythe S, ed. *State of the art: AIDS and economics*. Washington DC., Policy Project, 2002:84–95.
36. Rosen S, Simon J, Vincent JR, MacLeod W, Fox M, Thea DM. AIDS is your business. *Harvard Business Review*, 2003, 81:80–87.
37. Forsythe S. HIV/AIDS and tourism. *AIDS Analysis Africa*, 1999, 9:4–6.
38. Hemrich G, Topouzis D. Multi-sectoral responses to HIV/AIDS: constraints and opportunities for technical co-operation. *Journal of International Development*, 2000, 12:85–99.
39. Grassly NC, Desai K, Pegurri E, Sikazwe A, Malambo I, Siamatowe C et al. The economic impact of HIV/AIDS on the education sector in Zambia. *AIDS*, 2003, 17:1039–1044.
40. *Accelerating access to HIV/AIDS care in Swaziland. A partnership between the Kingdom of Swaziland, the United Nations system, and the private sector*. Mbabane, Ministry of Health and Social Welfare, 2000 (Project document).
41. Stover J, Walker N, Garnett GP, Salomon JA, Stanecki KA, Ghys PD et al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *Lancet*, 2002, 360:73–77.
42. Global HIV Prevention Working Group. *Global mobilization for HIV prevention: a blueprint for action*. Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2002 (<http://www.kff.org/hiv/aids/200207-index.cfm>, visitado el 4 de febrero de 2004).
43. Coordenação Nacional de Dst e Aids. *Pesquisa entre os conscritos do Exército Brasileiro, 1996–2000: retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
44. Camara B, Lee R, Gatwood J, Wagner H-U, Cazal-Gamelsy R, Boisson E. *The Caribbean HIV/AIDS epidemic. Epidemiological status – success stories. A summary*. Port of Spain, Caribbean Epidemiology Centre, 2003 (CAREC surveillance report, 2003, Vol. 23, Suppl. 1).
45. Sumartojo E. Structural factors in HIV prevention: concepts, examples, and implication for research. *AIDS*, 2000, 14(Suppl. 1):S3–S10.
46. Auerbach JD, Coates TJ. HIV prevention research: accomplishments and challenges for the third decade of AIDS. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1029–1032.
47. *El preservativo masculino*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2000 (ONUSIDA Actualización técnica).
48. Ghys PD, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, Satten GA, Anoma CK, Maurice C et al. Effect of interventions to control sexually transmitted disease on the incidence of HIV infection in female sex workers. *AIDS*, 2001, 15:1421–1431.
49. Alary M, Mukenge-Tshibaka L, Bernier F, Geraldo N, Lowndes CM, Meda H et al. Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 2002, 16:463–470.
50. Thai Working Group on HIV/AIDS. *Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000–2020*. Bangkok, Ministry of Public Health, 2001 (Department of Communicable Disease Control).
51. Cambodia Working Group on HIV/AIDS. *Projections for HIV/AIDS in Cambodia: 2000–2010*. Phnom Penh, National Center for HIV/AIDS and STD, 2002.
52. Steen R, Vuylsteke B, DeCoito T, Ralepeli S, Fehler G, Conley J et al. Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core-group intervention. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:1–8.
53. Mbulaiteye SM, Mahe C, Whitworth JA, Ruberantwari A, Nakiyingi JS, Ojwiya A et al. Declining HIV-1 incidence and associated prevalence over 10 years in a rural population in south-west Uganda: a cohort study. *Lancet*, 2002, 360:41–46.
54. The Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV. Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America and Europe: results from 13 perinatal studies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1995, 8:506–510.
55. McDonald M, Law M, Kaldor J, Hales J, Dore GJ. Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission. *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14:353–357.
56. Schmid GP, Buvé A, Mugenyi P, Garnett GP, Hayes RJ, Williams BG et al. Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 2004, 363:482–488.
57. The Voluntary HIV-2 Counselling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomised trial. *Lancet*, 2000, 356:103–112.