

¿qué sirve mejor para la prevención mundial del VIH?

¿cuál es el cuadro internacional del VIH?

Con más de 39 millones de personas viviendo con el VIH alrededor del mundo, la epidemia del VIH/SIDA es una amenaza para cada aspecto del desarrollo económico global.^{1,2} En 2005, más de 4 millones de personas contrajeron el VIH y casi 3 millones murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA.² El VIH/SIDA se ubica entre las primeras 10 causas de muerte en los países en vías de desarrollo y es la mayor causa de muerte en el África subsahariana.

Aunque el África subsahariana es la región más azotada por el VIH, el virus se va extendiendo con alarmante velocidad a partes de Asia y Europa occidental. El VIH tiene tres modos principales de transmisión: el coito (aproximadamente el 80 % de las infecciones en todo el mundo);³ la exposición a sangre o productos sanguíneos infectados, lo cual incluye el consumo de drogas inyectables; y el contagio de una madre VIH+ a su recién nacido.

La comunidad internacional reconoce la urgencia de detener la epidemia del SIDA, pero faltan el financiamiento, la voluntad política, la responsabilidad social y los recursos humanos necesarios. Aunque intervenciones ya conocidas podrían evitar casi dos tercios de las infecciones nuevas proyectadas entre el año 2002 y el 2010, menos de una de cada cinco personas con alto riesgo de infectarse tiene acceso a los servicios más básicos de prevención.⁴

¿cómo se adecua la prevención?

Los estudios sobre la prevención y las experiencias nacionales durante los últimos 20 años sugieren fuertemente que las estrategias alcanzan su mayor eficacia cuando se adecuan cuidadosamente de acuerdo con las características y la etapa de la epidemia en el país o comunidad en cuestión. A pesar de las escasas evaluaciones rigurosas de programas de prevención, las evidencias demuestran que las estrategias adaptadas para reflejar el perfil epidémico regional son las más eficaces y costo-efectivas.⁵

- **Las epidemias de bajo nivel** ocurren en regiones con baja prevalencia del VIH en la población general (< 1%) y también una reducida prevalencia máxima en una población clave (< 5%). Las poblaciones clave incluyen los trabajadores sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y los usuarios de drogas inyectables (UDI).
- **Las epidemias concentradas** se dan en regiones en donde la prevalencia del VIH en la población general es menos del 1% y la prevalencia máxima en una población clave excede el 5%.
- **Las epidemias generalizadas de bajo nivel** ocurren en regiones cuya prevalencia del VIH en la población general es del 1-10% y cuya prevalencia máxima en una población clave es del 5% o más.
- **Las epidemias generalizadas de alto nivel** suceden en regiones en donde la prevalencia del VIH en la población general es del 10% o más y la prevalencia máxima en una población clave es del 5% o mayor.

Las siguientes actividades son relevantes para todos los perfiles epidémicos:

- Enseñanza sexual en las escuelas
- Información, enseñanza y comunicación (IEC)
- Pruebas y consejería voluntarias (PCV)
- Vigilancia de las conductas riesgosas, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH
- Promoción y distribución de condones, junto con campañas de publicidad social
- Prácticas de seguridad para evitar el contacto con sangre
- Prevención de la transmisión madre-hijo (TMH) y uso de precauciones universales
- Programas basados en la participación de pares
- Detección y tratamiento de ITS
- Reducción de daños para los UDI

epidemia de bajo nivel

La provisión amplia de PCV, detección de ITS y profilaxis postexposición podría no ser costo-efectiva en una epidemia de bajo nivel. En esta situación, como ocurre en Oriente Medio y en el Norte de África, las estrategias de control del VIH/SIDA deben enfatizar:

- Intervención individual en poblaciones clave
- Uso limitado de los medios masivos para difundir mensajes educativos
- Programas de prevención para personas VIH+
- PCV disponibles a las poblaciones con los mayores niveles de conducta riesgosa y tasas de infección
- Prevención de la TMH entre madres identificadas como VIH+
- Solución de las ineficiencias del mercado con respecto a la compra y distribución de condones, incluyendo estrategias como compras al por mayor e incentivos
- Consideración de las actitudes comunitarias hacia la actividad sexual, ya que éstas pueden determinar sus reacciones a los materiales de enseñanza sexual.

¿Quién lo dice?

1. La información de esta hoja de dato proviene directamente del siguiente capítulo: Bertozzi S, Padian NS, Wegbreit J, et al. HIV/AIDS Prevention and Treatment. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*. April 2006. <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP18.pdf>

2. UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2006 Report on the global AIDS epidemic. www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp

3. Askew I, Berer M. The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: A review. *Reproductive Health Matters*. 2003;11:51-73.

4. Stover J, Bertozzi S, Gutierrez JP, et al. The global impact of scaling-up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*. 2006;311:1474-1476.

5. Wegbreit J, Bertozzi S, Demaria LM, et al. Effectiveness of HIV prevention strategies in resource-poor countries: tailoring the intervention to the context. *AIDS*. 2006;20:1217-1235.

epidemia concentrada

En una epidemia concentrada, como las que se dan en el Asia Occidental, el Pacífico, Europa, el Asia Central, América Latina, el Caribe y Surasia, las prioridades de prevención deben incluir:

- Promoción de las PCV entre las poblaciones clave
- Pruebas de VIH para mujeres embarazadas, según el perfil de riesgo individual
- Programas de pares que informen a los individuos en riesgo, promuevan conductas más seguras y repartan condones entre poblaciones clave
- Programas de intercambio de agujas y de sustitución de drogas para los UDI
- Pruebas de detección y tratamiento de ITS para los grupos clave de riesgo

Distribución selectiva y promoción de condones entre poblaciones clave, vinculada a las PCV y al tratamiento de ITS. Factores contextuales—tales como el grado de aceptación gubernamental de los programas de intercambio de jeringas, el encarcelamiento de los consumidores de drogas y el hostigamiento de los trabajadores sexuales—probablemente tendrán un efecto considerable sobre la eficacia de los esfuerzos de prevención. El VIH/SIDA se concentra por lo general en poblaciones social y económicamente marginadas en epidemias concentradas, lo cual precisa enfocar los factores socioeconómicos y la estigmatización de las poblaciones clave.

epidemia generalizada de bajo nivel

Aquí, al igual que en algunos países del África subsahariana, las intervenciones selectivas deberán mantenerse o reforzarse. Las intervenciones destinadas a poblaciones más amplias deberán implementarse en forma resolutiva. Entre las prioridades de prevención deben figurar:

- Mantener la vigilancia en la población entera, con enfoque en la juventud
- Extender la IEC de los medios masivos más allá de la orientación básica
- Ampliar la provisión habitual de las PCV y de la detección y tratamiento de ITS más allá de las poblaciones clave
- Consolidar la distribución de condones para asegurar el acceso universal
- Ofrecer pruebas de detección del VIH a toda mujer embarazada
- Ampliar los métodos que involucren a pares y la IEC, con el fin de alcanzar a todas las poblaciones con tasas mayores de ITS y de conducta riesgosa.

Los factores contextuales siguen siendo críticos, pero actualmente imperan los aspectos poblacionales. El más importante probablemente será la condición de la mujer, especialmente con respecto a su capacidad para controlar sus interacciones sexuales, negociar las PCV, protegerse contra el abuso y tener derechos de propiedad como viuda.

epidemia generalizada de alto nivel

En una epidemia generalizada de alto nivel, tal como existe en algunos países del África subsahariana (Botswana y Zimbabwe), es preciso atacar en todos los frentes. Los esfuerzos de prevención deben centrarse en intervenciones de base amplia destinadas a poblaciones concretas y ser capaces de movilizar a la sociedad entera. La prevención debe abarcar:

- La provisión universal y rutinaria de las PCV, detección de ITS y tratamiento de las mismas
- La distribución gratuita de condones en todo lugar posible
- La provisión de PCV para parejas que buscan tener hijos
- Consejería para ayudar a las mujeres embarazadas y madres nuevas a tomar decisiones informadas sobre el amamantamiento
- La transferencia de métodos individualizados a estrategias masivas innovadoras, acompañadas por evaluaciones de eficacia
- La utilización de los medios masivos como herramienta para movilizar a la sociedad y modificar las normas sociales
- El uso de espacios que permitan alcanzar a gran número de personas para diversas intervenciones—lugares de trabajo, centros de tránsito, movilizaciones políticas, escuelas, universidades y campamentos militares

En una epidemia generalizada de alto nivel, los factores contextuales como la pobreza y la fragilidad de la infraestructura sanitaria afectarán en forma dramática a la prestación de servicios en todos los niveles. La condición de la mujer se convierte en una preocupación primordial en este ambiente y requiere de acción prioritaria con el fin de alterar radicalmente las normas de género y la vulnerabilidad económica, social, legal y física de las jóvenes y mujeres.

¿qué queda por hacer?

La magnitud y gravedad de la pandemia mundial son un llamado a la acción. La mezcla y distribución adecuada de intervenciones de prevención y tratamiento depende de la etapa de la epidemia en el país en cuestión y del contexto en el que suceda. Sin datos firmes que orienten los objetivos programáticos, las estrategias nacionales tal vez no reflejen las prioridades dictadas por el perfil epidémico determinado, generando así inversiones altamente ineficientes en la prevención y atención del VIH/SIDA. Tal derroche sin duda agrava la escasez de fondos y produce infecciones de VIH innecesarias así como muertes prematuras.

PREPARADO POR NANCY PADIAN PHD*, STEFANO BERTOZZI, PHD**; *WOMENS GLOBAL HEALTH IMPERATIVE, UCSF; **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA, MEXICO; TRADUCIDO POR ROCKY SCHNAATH