

## EL SIDA EN LAS AMERICAS

### ESTRATEGIAS DEL SECTOR SALUD

FERNANDO ZACARIAS

*Programa Regional de SIDA/ETS, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, USA*

#### SIDA e infección por el HIV

Hasta el 10 de junio de 1997 se había notificado un total de 1.599.021 casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en todo el mundo. De ese total, 797.227 casos (50%) correspondían a la Región de las Américas<sup>1</sup>. La OPS estima que el número real y actual se acerca al doble del número de casos de SIDA notificados, y que en las Américas existen alrededor de dos millones de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV): cerca de 1 millón en América del Norte y alrededor de 1,3 millones en América Latina y el Caribe. La Figura 1 nos proporciona una situación global del alcance de la epidemia a nivel mundial.

La epidemia del HIV en las Américas está cambiando rápidamente, de una transmisión predominante en varones homosexuales y bisexuales, hacia una acelerada transmisión en la población heterosexual. Las evidencias epidemiológicas señalan que las infecciones nuevas se presentan principalmente entre los 15 y 25 años de edad, y que las mujeres adolescentes son particularmente vulnerables. Además, se observa una tendencia creciente hacia la asociación del HIV con la pobreza y con la falta de acceso a los servicios básicos de educación y de salud pública<sup>2-4</sup>. El SIDA es actualmente una enfermedad que afecta preferencialmente a los individuos más vulnerables socialmente, por ejemplo, mujeres dependientes y sin opciones económicas, segmentos marginados de grandes centros urbanos y jóvenes con escasas oportunidades de trabajo o educación<sup>5, 6</sup>. Esta misma vulnerabilidad aumenta considerablemente el riesgo individual y colectivo para la adquisición y diseminación de infecciones de transmisión sexual, incluyendo las producidas por el HIV.

En América Latina y el Caribe existen, por lo menos, una docena de países en que la infección por HIV está ya establecida en la población general y otros cinco países en los que la epidemia se ha generalizado fuera de los denominados grupos "nucleares" o con comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, en Bahamas, Haití, Honduras y partes del Brasil). Esto se traduce en: a) tasas de prevalencia de más del 1% en la población general; b) un aumento considerable de infecciones en mujeres; c) un número creciente de niños afectados, ya sea por infección propia o por pérdida de uno o ambos padres (los llamados "huérfanos del SIDA"); d) una aceleración de la epidemia concomitante de tuberculosis asociada a la infección por HIV<sup>7</sup>; e) un incremento en los costos directos de la atención médica; f) un aumento en los costos indirectos asociados a la pérdida de productividad y roles sociales de los individuos afectados; y g) un creciente papel disruptivo del SIDA en el orden social, manifestado por discriminación y estigmatización y fomentado por ignorancia, miedo y prejuicios<sup>8</sup>.

No obstante la seriedad de la situación, la epidemia del HIV/SIDA en las Américas ha crecido aparentemente a menor velocidad que en otras regiones. Por este motivo, los países tienen la oportunidad y el deber de contener esta epidemia antes de que se convierta en un problema aún más grave de salud pública.

#### *Transmisión del HIV*

El virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (HIV-1), subtipo B, es el agente causal de la mayor parte de los casos de SIDA en América Latina y el Caribe, Europa y EE.UU. Otros subtipos del HIV-1 (A, C, D, E, F, G, H, I, O) predominantes en otras regiones, así como el HIV-2, que causa infecciones principalmente en el oeste africano, podrían en el futuro circular en el Hemisferio Occidental y afectar la epidemiología y prevención del SIDA en las Américas.



FIGURA 1.- Estimación mundial de la distribución de adultos y niños vivos infectados con HIV/SIDA

Los mecanismos de transmisión de la infección por el HIV son:

- A través de contacto sexual;
- A través de la sangre o sus componentes y por órganos o tejidos infectados por el HIV;
- De una mujer infectada por el HIV al feto o al recién nacido.

La Figura 2 resume el porcentaje aproximado de infecciones por HIV, de acuerdo con el modo de transmisión.

El riesgo de transmisión sexual, incluso sin protección, es relativamente bajo<sup>9</sup> y está dado por varios factores; a saber: el tipo de acto sexual, la probabilidad de que uno de los miembros de la pareja sea infectante, lo que a su vez depende de la cantidad de virus presente en la sangre o en las secreciones genitales de la perso-

na infectada, y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual o de lesiones en la piel o en las mucosas en uno o en ambos miembros de la pareja. La presencia de otras ETS ulcerativas o que se acompañan de secreción genital puede aumentar hasta 10 o más veces el riesgo de transmisión sexual del HIV<sup>10</sup>. A pesar de su relativa ineficiencia (1%), la frecuencia y universalidad de las relaciones sexuales hacen que la transmisión del HIV por esta vía produzcan más del 85% de las infecciones a nivel mundial.

Por otra parte, la transmisión por sangre y hemoderivados es muy eficiente (superior al 90%), como se demostró con los casos detectados inicialmente en hemofílicos, usuarios de drogas intravenosas que comparten materiales de inyección<sup>11</sup>, o en personas que han recibido transfusiones de sangre de donadores infectados<sup>12</sup>. Se calcula sin embargo, que la transmisión accidental en trabajadores sanitarios es de sólo 0,005, por accidente con persona infectada, lo que obedece generalmente a la pequeña cantidad de sangre contaminada a la que se exponen, aun en situaciones en que ocurren pinchazos de aguja. A nivel mundial, la transmisión sanguínea del HIV ocasiona un 5 a 10% de las infecciones.

En cuanto a la transmisión perinatal, el recién nacido y el lactante pueden contagiarse in útero y, principalmente, al entrar en contacto con la sangre o la leche materna durante el parto o la lactancia<sup>13</sup>. Se calcula que la probabilidad de transmisión perinatal es de 25% (uno de cada cuatro niños nacidos de mujeres infectadas)<sup>14</sup>. Sin embargo, la profilaxis con AZT (zidovudina) en la gestante infectada y el recién nacido, que reduce el riesgo de transmisión en 2/3 partes, está siendo adoptada paulatinamente por un número creciente de países, lo



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1996

FIGURA 2.- Infección por el HIV en el mundo. Modo de transmisión

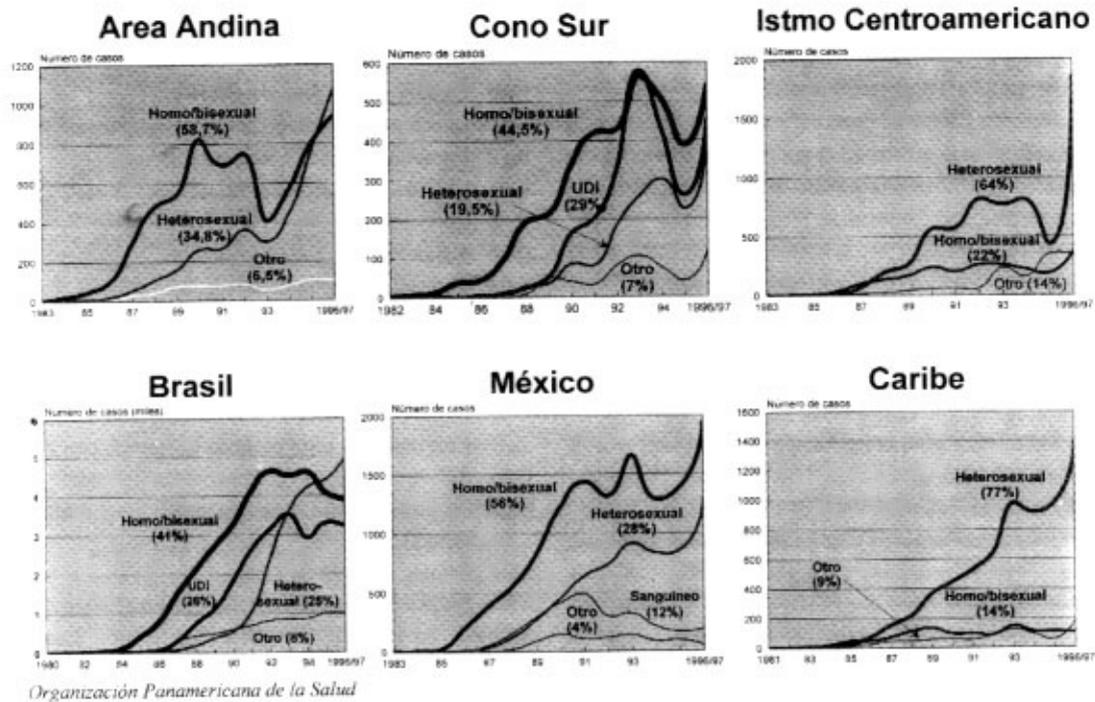


FIGURA 3.- Incidencia a nivel de casos de SIDA por subregión y distribución acumulada por categoría de exposición (%)

que hará posible una reducción importante de la transmisión perinatal del HIV en la región.

El SIDA es la manifestación más grave de la infección por el HIV y se presenta en el curso de los 10 años después de la infección inicial. La persona infectada se mantiene asintomática o con manifestaciones leves e inespecíficas por largo tiempo, sin que se le diagnostique el SIDA, pero con capacidad de transmitir la infección del HIV. El conocimiento acumulado sobre su historia natural señala que en América Latina y el Caribe, la progresión de infección con HIV a SIDA es de unos 10 años y la evolución de SIDA a la muerte, de aproximadamente dos años. Es probable que las nuevas combinaciones de inhibidores de proteasa con otros medicamentos antirretrovirales, que afectan positivamente la sobrevida y morbilidad de los pacientes, alteren significativamente las tendencias de mortalidad por SIDA cuando estos tratamientos sean asequibles a las poblaciones de América Latina y el Caribe. La Figura 3 muestra la incidencia anual de casos de SIDA en Brasil, México y las subregiones del Istmo Centroamericano, Caribe, Area Andina y Cono Sur y el porcentaje acumulado de casos por categoría de transmisión.

#### **Dinámica de las epidemias del HIV y del SIDA**

La epidemia del HIV se detecta inicialmente en personas con comportamiento de alto riesgo, como las trabajadoras sexuales y sus clientes y compañeros; los

usuarios de drogas intravenosas y sus parejas sexuales; y los hombres con múltiples contactos homosexuales y hombres y mujeres con múltiples relaciones heterosexuales (epidemia naciente o incipiente). En un período relativamente corto –aproximadamente de 4 a 5 años– la prevalencia de infección por el HIV en esta población puede ser superior al 10 o 20% (epidemia concentrada) y empieza a detectarse en otros grupos no considerados de alto riesgo o población general. En la siguiente etapa, se observa una prevalencia de infección por el HIV superior al 1% en población general (epidemia generalizada). Finalmente, la epidemia del HIV llega a afectar a más del 5 al 10% de hombres y mujeres en la población general manteniéndose estable o, inclusive, empezando a descender (epidemia madura). La epidemia de casos de SIDA remeda estas etapas, pero se presenta de 5 a 10 años más tarde que la epidemia de infección por el HIV.

#### **Enfermedades de Transmisión Sexual**

Por otra parte, se estima que en las Américas anualmente se presentan alrededor de 40-50 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual (ETS)<sup>15</sup>. Los datos procedentes de los países de América Latina y el Caribe muestran tendencias variadas. Entre 1987 y 1993, la incidencia de gonorrea disminuyó, mientras que en 12 países aumentó la incidencia de sífilis primaria, secundaria o congénita, calculándose en más

TABAL 1.- Interacciones ETS-HIV

- 
- Papel de otras ETS en:
    - Transmisión del HIV
    - Progresión de la enfermedad por HIV
  - Interacción del HIV con la historia natural, diagnóstico o respuesta al manejo de otras ETS
- 

TABLA 2.- Mecanismos de la interacción ETS-HIV

- 
- Presencia de linfocitos y macrófagos
  - Disrupción de las barreras epiteliales
  - Respuesta inmunitaria
    - Activación de linfocitos T
    - Inmunosupresión por HIV que afecta el curso de otras ETS
- 

de 200.000 el número anual de casos de esta última. Por otro lado, considerando que el cáncer cérvico-uterino es producido por el virus del papiloma humano, un agente que se transmite sexualmente, es preocupante la estimación de que ocurren unos 25.000 fallecimientos por cáncer cérvico-uterino anualmente en la región de las Américas. A pesar de la falta de información epidemiológica más actualizada, es innegable que la bien conocida asociación entre las ETS y una mayor transmisión sexual del HIV está alimentando la epidemia del SIDA. Por consiguiente, los esfuerzos de control de ETS no sólo tienen un valor intrínseco, sino que son también una parte importante e indispensable de la lucha contra el HIV/SIDA, como fue recientemente demostrado en los estudios de Mwanza, Tanzania<sup>16</sup>.

Las Tablas 1 y 2 resumen en forma esquemática la interacción entre las ETS y la infección con el HIV.

### Innovaciones científicas y tecnológicas en la prevención del HIV/SIDA y su adopción en la Región de las Américas

La Tabla 3 muestra la cronología resumida de los principales eventos relacionados con la historia del SIDA. Sobre todo, es de recalcar que en 1982, un año después de reconocer la existencia de la epidemia, ya se contaba con conocimientos suficientes para su prevención. Aún ahora, la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de intervenciones preventivas son las piedras angulares en la lucha contra el SIDA. Sin embargo, a partir del aislamiento del virus, en 1983, los avances científicos han sido verdaderamente revolucionarios. Esta combinación de medidas preventivas y la aplicación de ciencia y tecnología están empezando a dar frutos en varios

TABLA 3.- Cronología del SIDA

- 
- 1959 Evidencias serológicas del HIV
  - 1960s Casos de SIDA diagnosticados retrospectivamente
  - 1978 Primeros casos oficiales de SIDA
  - 1981 Reporte de CDC sobre nueva epidemia
  - 1982 Conocimientos firmes sobre prevención
  - 1983 Aislamiento de LAV en Francia
  - 1984 Codescubrimiento de HTLV-III
  - 1985 Pruebas de Laboratorio
  - 1987 Programa Mundial de SIDA
  - 1987 AZT (zidovudina) disponible
  - 1990s Continuación de ensayos clínicos con antirretro-virales y preparación para pruebas de campo con vacunas
  - 1994 AZT reduce en 2/3 la transmisión perinatal
  - 1995 Pruebas terapéuticas exitosas con Inhibidores de Proteasa
  - 1996 Establecimiento de ONUSIDA
- 

países industrializados, en donde se ha visto ya un descenso en la morbilidad y mortalidad por HIV/SIDA.

Las intervenciones preventivas prioritarias están dirigidas a lograr cambios en el comportamiento mediante información, educación y adopción de medidas preventivas que disminuyen la transmisión sexual, sanguínea y perinatal del HIV y otras ETS<sup>17</sup>. Otras medidas preventivas y terapéuticas, por ejemplo vacunas<sup>18</sup>, quimioprophilaxis contra infecciones oportunistas, microbicidas vaginales y tratamientos con combinaciones de inhibidores de la proteasa<sup>19</sup>, AZT y otros antirretrovirales, son alternativas en estudio o que aún no son accesibles para la mayor parte de los países en vías de desarrollo.

Las intervenciones y estrategias del sector salud van dirigidas a reducir la transmisión sexual, sanguínea y perinatal del HIV. La Figura 4 resume las medidas necesarias para lograr esta reducción, las cuales serán abordadas en mayor detalle durante este simposio.

### Desarrollo de programas nacionales de SIDA en la Región<sup>20, 21</sup>

La historia del desarrollo de los programas nacionales de prevención del SIDA en América Latina y el Caribe podría resumirse en tres fases:

1983-1988 *Desarrollo de infraestructura*. Esta fase comprendió el establecimiento de los primeros planes y programas nacionales, fomentados por la preocupación pública y el interés biomédico sobre el problema emergente del SIDA y culminó con la conformación de comités y programas técnicos y científicos en todos y cada uno de los países de la región.

1989-1994 *Consolidación programática*. Durante esta segunda fase se consolidó la respuesta progra-

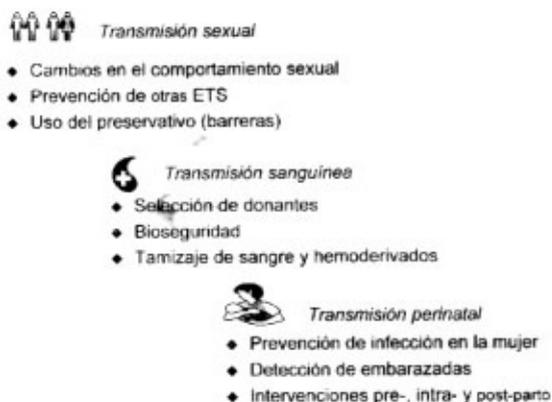


FIGURA 4.- Intervenciones para la prevención de la infección por HIV

mática con el desarrollo de los planes de mediano plazo y el establecimiento de una masa crítica de profesionales capacitados y se pudieron documentar, entre otros, los primeros logros en la prevención de la transmisión sanguínea del HIV. Asimismo, se prestó especial atención al aumento de la calidad y eficiencia de las intervenciones mediante capacitación en vigilancia epidemiológica, gerencia y planificación y se dieron pasos firmes para establecer vínculos interprogramáticos e intersectoriales, con resultados variables pero, en general, alentadores.

**1995 Expansión de la respuesta.** Esta fase, coincidente con el establecimiento de ONUSIDA, ha sido marcada por los esfuerzos de integración y concertación de la respuesta intersectorial, en los que la OPS ha proporcionado un apoyo efectivo e incondicional mediante el desarrollo de los Grupos Temáticos sobre SIDA en los distintos países.

En el momento actual, todos los países, sin excepción, cuentan con un buen nivel de conocimientos y experiencias nacionales para prevenir el SIDA. A pesar de estos y otros logros, persisten varias limitaciones y barreras que entorpecen la ejecución de los programas. Por ejemplo, el apoyo político, técnico y financiero (nacional e internacional) no está respondiendo a las necesidades crecientes y cambiantes de la situación en los países.

Por último, es importante señalar que el SIDA es primordialmente un problema de salud pública, con graves repercusiones socioeconómicas y que, aunque las respuestas contra el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual deben tener un carácter multisectorial, la guía y orientación del sector salud son imprescindibles. Para la formulación de planes nacionales, es necesario lograr una amplia respuesta a nivel de país tanto en la planificación como en la ejecución, la coordinación y la evaluación de los esfuerzos nacionales.

## Desafíos para el próximo decenio

El Gobierno y la sociedad enfrentan grandes retos planteados por la epidemia del HIV/SIDA<sup>22</sup>, que incluyen los siguientes:

**Desarrollo y evaluación de programas nacionales:** Es necesario, por una parte, que los programas que existen en todos los países de la región sean fortalecidos con recursos financieros y con apoyo político, para que puedan servir de base a la respuesta amplia y multisectorial preconizada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA). Es igualmente importante que se evalúen los esfuerzos realizados y se identifiquen aquellas intervenciones que han producido mejores resultados en áreas como la educación de los jóvenes y el diseño de mensajes y campañas de comunicación masiva para la prevención del HIV/SIDA y ETS.

**Respuesta de base comunitaria:** Los esfuerzos de las ONG y grupos de la comunidad deben integrarse y complementar los esfuerzos gubernamentales si es que realmente se desea prevenir y controlar esta epidemia. De manera cada vez más notable, los procesos de descentralización y reforma del sector salud se verán influidos por la creciente epidemia de HIV/SIDA en las comunidades.

**Mujer y HIV/SIDA:** Los aspectos de género, negociación sexual, educación de las niñas y métodos de prevención (por ejemplo, condón femenino, microbicidas vaginales) deberán estar al frente de las agendas de planificación, investigación y trabajo de los programas nacionales. La proporción de mujeres en riesgo o infectadas con el HIV seguirá aumentando a medida que la epidemia madure en los países de la región<sup>23</sup>.

**Derechos humanos:** La violación de estos derechos redundará en la falta de participación y cooperación de aquellas personas y grupos que más deben participar en este esfuerzo, los directamente afectados. La discriminación y estigmatización contribuyen de manera muy importante a aumentar el impacto de la epidemia, al hacer aún más vulnerables e incrementar el riesgo de los individuos con mayor probabilidad de adquirir y diseminar las infecciones de transmisión sexual en la comunidad.

**Uso del conocimiento y acceso a tecnologías:** La experiencia nacional y mundial debe ser trasladada a los países y adaptada a los recursos y necesidades nacionales; en otras palabras, hay que construir lo nuevo sobre una base firme de conocimiento e identificar y buscar los métodos y tecnologías más apropiados para la situación de cada país, especialmente en lo que se refiere a nuevas pruebas diagnósticas, tratamientos clínicos e intervenciones para la adopción de prácticas preventivas eficaces y culturalmente apropiadas.

*Atención y apoyo a personas infectadas y enfermas:* Nuevos modelos de atención (por ejemplo, atención domiciliar y extrahospitalaria) deberán ser desarrollados en los países. Sin embargo, los gobiernos deberán considerar cautelosamente el subsidio de los costosos medicamentos contra el HIV, que pueden llevar a la bancarrota a cualquier sistema de salud. A este respecto, la Secretaría está investigando, recopilando y preparando información sobre eficacia, costos y disponibilidad de drogas antirretrovirales con miras a facilitar el desarrollo de políticas a nivel nacional y regional. Entre otras estrategias, se deberá dar consideración especial a la formulación de prioridades y criterios de administración y a la posibilidad de compras masivas y por acuerdos entre países y/o la Secretaría, formando enlaces de concertación entre autoridades gubernamentales, grupos comunitarios, asociaciones profesionales y la industria farmacéutica.

*Recursos humanos para prevención y atención del HIV/SIDA:* Es evidente que la capacitación es un proceso que alimenta y conduce la respuesta nacional y en el cual será necesario hacer una inversión mayor. La formación y perfeccionamiento de las habilidades y destrezas necesarias para la prevención del HIV/SIDA y ETS deberán ser el resultado de esfuerzos interdisciplinarios y basados en conocimientos actualizados y sólidos y en las "lecciones aprendidas" durante el transcurso de la epidemia en los diversos países.

*Liderazgo:* El liderazgo, en el caso de SIDA, deberá ser compartido y debe incluir el liderazgo político y económico de los gobiernos, el liderazgo de la promoción, persuasión y convencimiento por las ONG y grupos comunitarios; el liderazgo técnico de los expertos; el liderazgo de la convicción y el compromiso de los afectados, y, más que nada, el liderazgo del ejemplo de todos los que participamos en esta lucha, en nuestra vida individual, en nuestro papel social y en nuestro quehacer profesional de cada día.

## Bibliografía

1. Regional Program on AIDS/STD, Division of Disease Prevention and Control: AIDS Surveillance in the Americas. Quarterly Report, June 1997. Washington, DC: PAHO, 1997.
2. Quinn TC, Zacarias F, St. John RK. HIV and HTLV-1 Infections in the Americas: A regional perspective, *Medicine* 1989; 68: 189-209.
3. Quinn TC, Zacarias F, St. John RK. AIDS in the Americas. An Emerging Public Health Crisis, *N Engl J Med* 1989; 320: 1005-7.
4. Cáceres C, Hearst N. HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: An Update. *AIDS* 1996; 10 (suppl A): s43-49.
5. Ankras M. AIDS and the social side of health. *Soc Sci Med* 1991; 32: 967-980.
6. Hawkes SJ, Hart GJ. Travel, migration and HIV. *AIDS Care* 1993; 5: 207-14.
7. Zacarias F, Gonzáles RS, Cuchi P, Yáñez A, Peruga A, Mazarín R, et al. SIDA y su interacción con tuberculosis en América Latina y el Caribe. *Bol OSP* 1994; 116: 250-63.
8. Daniel H. Above all, life. In: *Sexuality, Politics and AIDS in Brazil*. Daniel H, Parker R (eds) London: Falmer, 1993: 239.
9. Mastro TD, De Vicenzi I. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. *AIDS* 1996; 10 (Suppl A): 575-82.
10. Wasserheit JN. The inter-relationship between STD and HIV. *Sex Transm Dis* 1992; 19: 61-77.
11. Libonatti O, Lima E, González R, et al. Role of drug injection in the spread of HIV in Argentina and Brazil. *Int J STD AIDS* 1993; 4: 135-141.
12. Petersen LR, Simonds RJ, Koistinen J. HIV Transmission through blood, tissues, and organs. *AIDS* 1993, 7 (Suppl. 1): s99-s107.
13. Van de Perre P, Meda N. Interventions to reduce mother to child transmission of HIV, *AIDS* 1995; 9 (Suppl A): s59-s66.
14. Rogers M, Jaffe H. Reducing the risk of maternal-infant transmission of HIV: a door is opened. *N Engl J Med* 1994; 33: 1222-3.
15. Zacarias F, Betts C. Situación Mundial de las ETS. *Enfermedades de Transmisión Sexual*. Barcelona: JR Prous Editores, 1993.
16. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, Mwijarubi E, Klokke A, Senkoro K, et al. Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Disease on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomized Controlled Trial. *Lancet* 1995; 346: 530-6.
17. Becker MH, Joseph JK. AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. *Am J Public Health* 1988; 78: 394-410.
18. Walker MC, Fast PE. Clinical trials of candidate AIDS vaccines. *AIDS* 1994; 8 (Suppl 1): s213-s236.
19. Winslow DL, Otto MJ. HIV protease inhibitors, *AIDS* 1995, 9 (Suppl. A): s183-s192.
20. St John R, Clifford M, Zacarias F, Mann J. The Global Program on AIDS. *AIDS and Public Policy Journal* 1988; 3: 14-19.
21. Narain JP, White F, Kimball AM, Zessler L, Zacarias F. La lucha contra SIDA en el Caribe *Bol OSP* 1990; 109: 105-10.
22. Mann J, Tarantola D. (eds). Global AIDS Policy Coalition. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots and Responses*. New York: Oxford University Press, 1996.
23. Hankins CA, Handley MA. HIV disease and AIDS in women. Current knowledge and a research agenda. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1992; 6: 849-59.