

Globethics Repository



Prevención equitativa del sida [Equitable aids prevention]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	López del Burgo, Cristina
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-12 21:05:26
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203620

PREVENCIÓN EQUITATIVA DEL SIDA

EQUITABLE AIDS PREVENTION

Cristina López del Burgo

*Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública
Edificio de Investigación. Facultad de Medicina
Universidad de Navarra
C/ Irunlarrea nº 1, 31080-Pamplona
Tfno: 948 425 600, ext 6360. Fax: 948 425 649
E-mail: cldelburgo@unav.es*

Resumen

Según el informe ONUSIDA de diciembre de 2006, aproximadamente 39,5 millones de personas vivían con el VIH/sida en el mundo a finales de 2006. En el año 2006, se han infectado alrededor de 4,3 millones de personas en el mundo; y han fallecido 8.000 personas al día por el VIH/sida. Aproximadamente un 40% de las nuevas infecciones se han dado en jóvenes entre 15 y 24 años. Ante el aumento incesante de la epidemia de sida, parece necesario replantear seriamente en qué medida la Salud Pública va por buen camino o no.

En 2004 se publicó en la revista *The Lancet* un consenso internacional que abogaba por una valiente reorientación de la lucha contra el SIDA. Este consenso se basa fundamentalmente en el principio de Salud Pública de la segmentación de la información que se da a la población ante un problema o una posible solución. El consenso insiste en la necesidad de dar más prioridad al mensaje de la conveniencia de retrasar el inicio de las relaciones sexuales cuando nos dirigimos a jóvenes e incluso que es mejor que dejen de tenerlas si ya hubiesen comenzado a tener relaciones. En el caso de tomar la decisión de mantener relaciones sexuales, habría que recomendar la monogamia mutuamente fiel. A las personas que ya tienen comportamientos de riesgo más o menos arraigados se les debe informar sobre la conveniencia de la evitación del riesgo y en el caso de persistir en su deseo de mantenerse en esta situación, advertirles que

los preservativos pueden disminuir su riesgo de infección si bien nunca eliminar totalmente el riesgo. A esta estrategia de prevención se le llama estrategia «ABC» (Abstinence, Be faithful, Condom use).

Se ha puesto muy poca atención y prácticamente no se ha dirigido ningún recurso a las intervenciones de «evitación del riesgo», como alentar el retraso del inicio de las relaciones sexuales o las relaciones sexuales mutuamente monógamas (componentes «A» y «B»). Sin embargo, la evidencia científica indica que la «evitación del riesgo» —precisamente lo que más se ha descuidado en la respuesta internacional— es lo que, probablemente, se necesita desesperadamente para frenar la epidemia del VIH/SIDA y para aliviar sus consecuencias a todos los niveles.

Palabras clave: SIDA, prevención, abstinencia, fidelidad, preservativo.

Abstract

According to the December 2006 UNAIDS report, by the end of 2006 approximately 39.5 million people in the world were living with HIV/AIDS. In 2006, about 4.3 million people worldwide became infected and 8,000 people a day died of HIV/AIDS. About half of the new infections occurred in young people aged between 15 and 24.

In December 2004, *The Lancet* published an international consensus on the «ABC strategy» for AIDS prevention, which can be considered a turning point in HIV/AIDS prevention. The Lancet Consensus recommends segmenting information, depending on the audience to be targeted. The Consensus insisted that the first priority for young people should be to encourage «abstinence» or postponing the start of sexual relations. Once sexual relations are initiated, a return to «abstinence» or maintaining mutually monogamous sexual relations with an uninfected person should be encouraged. If the campaigns targets people at high risk of exposure to HIV exposure the first priority should be to encourage the correct and consistent use of condoms, but warning them that condom use can reduce, but not eliminate, the risk of infection. Little attention and almost no resources have been devoted to «risk avoidance» interventions, such as delaying the start of sexual relations or maintaining mutually monogamous sexual relations (components «A» and «B»). Nevertheless, scientific evidence indicates that «risk avoidance» — which has been largely neglected in the international response to the disease — is probably what is desperately needed to stop the HIV/AIDS epidemic and alleviate its consequences at all levels.

Key words: AIDS, prevention, abstinence, faithfulness, condom.

1. El agente causal del SIDA

El agente causante del sida es un virus que pertenece a la familia de los retrovirus. En el ser humano se han identificado cuatro tipos de virus de la familia de los retrovirus (HTLV-I, HTLV-II, HIV-1 y HIV-2). El HIV-1 y el HIV-2 (en castellano se utiliza también la sigla de VIH; «Virus de la Inmunodeficiencia Humana») y sus diversos subtipos, son los responsables más frecuentes de sida en el mundo. Estos virus conducen a la enfermedad del sida provocando una deficiencia cualitativa y cuantitativa del sistema inmunitario de la persona infectada.

El virus del sida sólo alcanza concentraciones con capacidad infectiva en la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. No puede atravesar la piel intacta y no sobrevive bien en el medio ambiente. Por tanto, la transmisión del VIH se limita a tres mecanismos bien conocidos: contacto sexual, sangre y hemoderivados y vía vertical (madre-hijo)¹. El virus del SIDA se transmite por contacto sexual (heterosexual y homosexual) con una persona infectada, compartiendo agujas y/o jeringuillas (fundamentalmente para la inyección de drogas) con alguien infectado y, en menor medida, a través de transfusiones de sangre infectada y/o sus derivados (esta vía es excepcional en países donde se controla la sangre y sus derivados).

1 CDC: Center for Disease Control. [Publicación en línea] «HIV and its transmission». Fact Sheet. 2005. <<http://www.cdc.gov>> [Consulta: 18/09/2007].

Los niños que nacen de madres infectadas pueden infectarse antes o durante el parto y a través de la lactancia materna. El virus del SIDA no sobrevive bien en el medio ambiente. La transmisión del virus en los hogares o en los lugares de trabajo es extremadamente rara cuando se utilizan las medidas preventivas universalmente recomendadas: uso de guantes, protección de heridas, evitar compartir cuchillas de afeitar o cepillos de dientes, uso y desecho adecuado de agujas y jeringuillas (no encapuchar la jeringuilla al desecharla) y gafas de protección cuando proceda, para evitar salpicaduras de fluidos y sangre infectados a los ojos. No se ha documentado ninguna transmisión debido a la saliva, las lágrimas o el sudor, a pesar de la presencia de virus en estos fluidos, ni a través de insectos como los mosquitos. Sin embargo, se recomienda evitar los besos con boca abierta por la posibilidad de existir contacto entre sangre y saliva a través de minúsculas heridas.

2. El VIH/SIDA en cifras

Según el informe ONUSIDA de diciembre de 2006², aproximadamente 39,5 millones de personas vivían con el VIH/sida en el mundo a finales de 2006. En el año 2006, se han infectado alrededor de 4,3 millones de personas en el mundo, es decir, 8 cada minuto; y han fallecido 8.000 personas al día, casi 6 cada minuto, por el VIH/sida. Aproximadamente un 40% de

2 ONUSIDA. [Publicación en línea] «Informe sobre la epidemia mundial de sida». 2006. <<http://www.unaids.org>> [Consulta: 3/09/2007].

las nuevas infecciones se han dado en jóvenes entre 15 y 24 años. A nivel mundial y en cada una de las regiones, actualmente hay más mujeres adultas que nunca que viven con el VIH. Los 17,6 millones de mujeres que vivían con el VIH en 2006 representaron un aumento de más de un millón en comparación con 2004.

África subsahariana sigue siendo la región más castigada por la epidemia mundial: casi las dos terceras partes (63%) de todas las personas infectadas por el VIH viven allí, registrándose el 34% de los fallecimientos por sida en 2006. Además, en África subsahariana, por cada diez varones adultos que viven con el VIH hay unas 14 mujeres adultas infectadas por el virus. En muchos países de Asia, Europa oriental y América Latina continúa aumentando la proporción de mujeres que viven con el VIH. En los últimos dos años, el incremento más preocupante de personas que vive con el VIH se registró en Asia central y oriental y en Europa oriental, donde el número de personas que vivían con el VIH en 2006 fue una quinta parte (21%) más alto que en 2004. En estas regiones, la mayoría de las infecciones se debieron al uso de jeringas infectadas para el consumo de drogas intravenosas y a las relaciones en el ámbito del comercio sexual. La incidencia de VIH en Europa occidental ha pasado de 42 casos por millón de habitantes en 1998 a 74 por millón en 2006, siendo la transmisión sexual la responsable de la mayoría de las infecciones. En España, se ha reducido el contagio en usuarios de drogas por vía parenteral. En los últimos años, la transmisión heterosexual es la responsable de

aproximadamente la mitad de los nuevos casos de VIH y la homosexual de otro tercio de los mismos³.

A la vista de todas estas cifras, incluso los servicios de diagnóstico y tratamiento más eficientes y mejor planificados, pueden resultar incapaces de hacer frente al número creciente de personas que se convertirán en VIH positivas y que desarrollarán enfermedades relacionadas con el sida. La prevención resulta, por tanto, imprescindible para controlar la epidemia del sida. Recordemos que la transmisión del VIH está asociada a determinadas conductas humanas bien descritas, por lo que su control depende mayormente del estilo de vida que la persona decida adoptar⁴.

3. Estrategias de prevención del VIH/sida

3.1. Prevención de la transmisión sexual: el consenso internacional publicado en 2004 en *The Lancet*

En diciembre de 2004 se publicó un consenso internacional en la revista científica *The Lancet* sobre la «estrategia ABC» de prevención del sida⁵. Este con-

3 Castilla, J. Lorenzo, JM. Izquierdo, A et al. «Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004)», *Gac Sanit* 20, (2006), 442-448.

4 López del Burgo, C, De Irala, J. Martínez-González, MA. «Sida y enfermedades de transmisión sexual». En: *Compendio de Salud Pública*. Martínez-González MA y Seguí-Gómez M (editores). Ulzama Digital, Pamplona, 2007.

5 Halperin, D. Steiner, M. Cassel, M. et al. «The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV», *The Lancet* 364, (2004), 1913-1915.

senso ha sido firmado por 140 expertos de 36 países de los diferentes continentes (entre ellos profesores e investigadores de universidades prestigiosas y dirigentes de los programas de VIH/sida de la OMS y de los países más afectados).

La letra «A» representa la palabra «*abstinence*» (en inglés, abstinencia) y significa que lo prioritario y 100% eficaz para prevenir la infección es abstenerse de relaciones sexuales. La «B» significa «*be faithful*», o, «sé fiel» y representa la recomendación de mantener relaciones sexuales mutuamente monógamas con una persona no infectada. Finalmente, se habla de la «C», de «*condom use*», recomendando el uso de preservativos cuando una persona decida no seguir las recomendaciones «A» o «B» y advirtiendo que reducen el riesgo de un contagio, pero no lo eliminan totalmente.

El contenido esencial del consenso Lancet es el siguiente:

- 1) A los jóvenes habría que darles el mensaje prioritario de que retrasen al máximo el inicio de sus relaciones sexuales porque está demostrado que cuanto antes las inician, mayor es la probabilidad de contraer una ITS. A los jóvenes que ya hubieran iniciado sus relaciones sexuales, se les debería recomendar que dejen de tenerlas y cuando deciden seguir, advertirles de que el uso de preservativos puede disminuir, pero nunca eliminar, el riesgo de contagio.
- 2) Cuando se vaya a intervenir con adultos sexualmente activos, la

primera prioridad debe ser promover la fidelidad mutua con una pareja no infectada como la mejor forma de asegurar la evitación de la infección por el VIH (evidentemente, aunque la otra persona sí esté infectada, la fidelidad sigue siendo lo más eficaz para que la infección no se convierta en una epidemia).

- 3) A las personas que tienen un mayor riesgo de contraer el sida, como homosexuales, heterosexuales promiscuos, personas que se inyectan drogas y personas que comercializan con el sexo, se les debería recomendar la utilización del preservativo si no aceptan las opciones «A» y «B» pero advirtiéndoles siempre que pueden así reducir el riesgo pero nunca evitarlo del todo.
- 4) Se insiste en que los padres deben ser ayudados en su tarea de transmitir sus valores y expectativas en materia de sexualidad a los hijos. Se reconoce el papel que desempeñan, de hecho, muchas organizaciones religiosas de diferentes denominaciones y expertas en los mensajes de «A» y «B».

El consenso Lancet se basa fundamentalmente en el principio de Salud Pública de la segmentación del mensaje de promoción de salud que se ha de dar a la población. En Salud Pública, se pueden dar recomendaciones utilizando «canales poblacionales» (dando un mismo mensaje a toda la población) o «canales

individuales» (dando recomendaciones a personas o grupos concretos que más se beneficiarían del mismo), cuando los primeros pudieran favorecer efectos indeseables. Por ejemplo, a pesar de haberse encontrado evidencias científicas de que el consumo moderado de alcohol es beneficioso para personas con factores de riesgo cardiovasculares, se recomienda no anunciar de manera indiscriminada a la población que «el alcohol es bueno para la salud», porque podríamos asistir a problemas colaterales debido a su consumo inadecuado o abuso, como por ejemplo un aumento de los accidentes de tráfico en jóvenes, del alcoholismo o de la cirrosis. Por el contrario, se recomienda que su efecto beneficioso se transmita mediante un canal de comunicación individual: del profesional sanitario a la persona concreta que se beneficiará de esa información. En el caso del VIH/sida asistimos a un fenómeno curioso en muchos países: se está dando exactamente el mismo mensaje de reducción del riesgo (preservativos) a la persona que comercializa con el sexo, o al usuario de drogas, que al joven de 13 años que no ha tenido relaciones sexuales. En este sentido, lo que el consenso *Lancet* recomienda es segmentar la información según a quien nos queremos dirigir. Así se evitaría que la falsa idea de seguridad o invulnerabilidad, propia de la juventud, incite a muchos a dejar la evitación del riesgo para ponerse a riesgo de infectarse.

Frecuentemente, los componentes «A» y «B» no son ofrecidos a la población como bienes positivos. Por otro lado, la terminología en sí misma puede inducir

a enfrentamientos; por ejemplo, algunos reaccionan ante la «abstinencia» como si significase «sexo nunca jamás», en lugar de «retraso del inicio de las relaciones sexuales», o el «retorno a la abstinencia para quienes tienen relaciones sexuales esporádicas». Perdidos en este debate entre «A» y «C», algunos se olvidan que entre ambas se encuentra el poderoso impacto que «B» (la reducción de parejas tanto concurrentes —varias parejas simultáneamente— como seriadas —varias parejas sucesivas—) tiene en el panorama epidemiológico. Otro punto importante a tener en cuenta con respecto a la promoción de «A» y «B», es que fomentar estos comportamientos saludables, aun cuando no sean llevados a la práctica perfectamente o en su totalidad, puede tener un gran impacto epidemiológico en la población general.

Apoyando el valor preventivo de los componentes «A» y «B» de la estrategia ABC de prevención del sida, existe un informe científico de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) titulado: «*¿Qué ha pasado en Uganda?; lecciones aprendidas de un proyecto*», donde se detallan las razones de la disminución paradójica del SIDA en este país. En Uganda se han aplicado estrategias preventivas basadas en las tres recomendaciones internacionales antes citadas («ABC») y se ha conseguido frenar la epidemia. Se ha logrado que los jóvenes retrasen el inicio de sus relaciones sexuales. Por ejemplo, la proporción de varones entre 13 y 16 años que inician a esas edades sus relaciones sexuales se redujo de aproximadamente un 60% en

1994 a aproximadamente un 5% en el 2001. En el momento de aparecer este informe, el país africano era el lugar con menor proporción de relaciones sexuales esporádicas fuera de la pareja estable habitual, en todos los grupos de edades. Por ejemplo, esta proporción pasó de aproximadamente un 40% en 1989, en hombres de grandes ciudades, al 20% en 1995. El informe concluye que la estrategia preventiva de Uganda estaba consiguiendo un efecto comparable a la «existencia de una vacuna que fuera 80% eficaz contra el sida». Por otra parte, se afirma en dicho informe que «la disminución de casos de sida en Uganda se relacionaba más con los cambios de los estilos de vida de la población que con el uso de preservativos»⁶. La respuesta de Uganda incluyó sesiones educativas en los colegios, la implicación de líderes religiosos y el «empoderamiento» (*empowerment*, en inglés) o «capacitación» de las mujeres y de las personas jóvenes. La «capacitación» consiste en devolver a la gente el conocimiento y la capacidad para responsabilizarse de su salud.

Tailandia es otra experiencia con éxito muy citada en la literatura científica. Aunque el énfasis primordial de las campañas preventivas se puso en hacer obligatorio el uso de preservativos en locales de sexo comercial, esta campaña tuvo como «efecto secundario» la reducción del número de clientes en el comercio del sexo

y la reducción de relaciones sexuales casuales en la población general, porque la obligatoriedad del uso de preservativos en los lugares de prostitución enviaba el mensaje a la población de que se estaba ante un problema serio de Salud Pública⁷. Además, las conductas de «bajo riesgo» siguieron predominado en las mujeres (en la población general, se dan niveles muy bajos de relaciones fuera del contexto de una pareja estable en las mujeres)⁸. Todo esto ha sido clave para la ausencia de un crecimiento exponencial o una expansión concéntrica de la transmisión del VIH en el Sudeste asiático.

3.2. La eficacia de los preservativos y el fenómeno de compensación de riesgo

Existe evidencia científica que permite afirmar que el preservativo sí proporciona una protección frente a la transmisión del VIH, pero este hecho requiere algunas matizaciones importantes, tanto en lo que se refiere a sus potenciales beneficios, como por sus posibles efectos colaterales, tal y como se expone a continuación.

Según las estimaciones científicas más minuciosas, como la de la revisión Cochrane de Oxford, el preservativo produce una reducción relativa del riesgo

6 United States Agency for International Development (USAID). *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behaviour change and the national response*. Hogle JA (editor), 2002.

7 Hearst, N. Chen, S. «Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working?». *Stud Fam Plann* 35(1), (2004), 39-47.

8 USAID. [Publicación en línea] «The «ABCs» of HIV Prevention: Report of a USAID Technical Meeting on Behaviour Change Approaches to Primary Prevention of HIV/AIDS», ABC Experts Technical meeting. Washington D.C; 2002. <<http://www.usaid.gov/>> [Consulta: 3/09/2007]

del 80%⁹. Esto no significa que haya un 20% de fallos. Basándonos en la mejor evidencia disponible en la actualidad, en la práctica, de 100 parejas con relaciones sexuales a lo largo de un año, y donde hay una persona infectada y otra que no lo está (lo que se denomina «pareja sero-discordante»), se contagiarían aproximadamente 5,7. De utilizarse el preservativo **siempre y correctamente**, este riesgo se reduciría en un 80%. Esto significa que el número de infectados acabaría siendo de 1,14; es decir, una vez eliminado el 80% de 5,7 ($5,7 \times 0,8 = 4,56$), quedaría un riesgo de infectarse del 1,14% ($5,7 - 4,56 = 1,14$). Además, esta probabilidad de infectarse suele ser menor cuando la persona infectada recibe un tratamiento antirretroviral adecuado. Para llegar a estas conclusiones, se revisaron 4.709 referencias de la bibliografía científica y se seleccionaron los estudios que permitían hacer esta comparación válidamente¹⁰. Aunque la probabilidad de infectarse por el VIH sea baja (a la reducción relativa del riesgo del 80% se añade la poca infectabilidad del VIH), sería engañoso no matizar algunas cuestiones más que nos permiten entender que haya serias razones en contra de algunas campañas poblacionales centradas en el preservativo.

La protección que confiere el preservativo no es absoluta, y puede acabar siendo menor que la percibida por la gente en general. Más aún, existe una gran con-

fusión entre la eficacia teórica percibida a nivel individual, y la eficacia real en la práctica, a nivel poblacional. La «eficacia teórica» hace referencia a la situación más favorable donde el preservativo es de buena calidad y se usa de manera «ideal» (es decir, consistente —en todas las relaciones sexuales— y correctamente). Esta condición se cumple muy rara vez. Aún más, no existen evidencias de que el uso **inconsistente** del preservativo proteja frente a la transmisión del VIH¹¹.

La falsa idea de «seguridad absoluta» de las campañas de sexo «seguro» (en vez de sexo «más seguro», puesto que el preservativo no tiene una eficacia del 100%), hace que haya más jóvenes que tengan relaciones sexuales y que las comiencen antes, en contra de la recomendación «A» de la estrategia ABC, con las consecuencias que esta situación conlleva. A este fenómeno se le llama «**compensación del riesgo**». Se habla de «compensación del riesgo» cuando la introducción de una medida preventiva más bien «tecnológica» o «biomédica» acaba reduciendo la percepción de riesgo de la población general. Como consecuencia, la población suele acabar empeorando, o abandonando, el seguimiento de otros comportamientos preventivos básicos. Al final, la adopción de comportamientos más arriesgados supera el posible efecto beneficioso teóricamente asociado a la medida tecnológica. Hay que tener en cuenta que en los jóvenes, los fallos en el uso de preservativos siempre son más fre-

9 Weller, S. Davis, K. «Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission». *Cochrane Review*, (2003), Issue 1.

10 *Ibid.*, 11.

11 Hearst, N. y cols. *op. cit.* 8.

cuentas. Además, los preservativos no son métodos considerados «eficaces» ni para prevenir embarazos (el uso de preservativos se acompaña de una proporción anual de embarazos del 15%) ni para evitar otras enfermedades de transmisión sexual con graves consecuencias para los jóvenes como la clamidia o el virus del papiloma humano, que se están convirtiendo, de hecho, en auténticas epidemias en lugares donde el preservativo se usa extensamente. Por otra parte, la estadística del 1,14% por año se acabaría acumulando de un año a otro y esto aumentaría inevitablemente el riesgo personal de infectarse a lo largo del tiempo. Por último, todas estas cifras empeoran con la multiplicidad de parejas sexuales.

La población debería conocer y comprender todos estos datos en su globalidad. A los jóvenes se les debería dar una información más veraz y completa con el fin de que se encuentren más capacitados para tomar sus propias decisiones con un mayor conocimiento de causa y por lo tanto con una mayor libertad¹². De esta manera podrán asumir con más facilidad las consecuencias de sus decisiones.

3.3. *Equidad y justicia en la prevención del sida*

«Equitativo» se define como «cualidad que mueve a dar a cada uno lo que merece» y también «que se caracteriza

por su equidad, justicia o imparcialidad». Cuando se habla de la epidemia del sida, la palabra justicia es utilizada frecuentemente en términos de asegurar que los países africanos tengan el mismo acceso a la medicación disponible que los países desarrollados, pero la justicia es también relevante cuando se tratan los factores y las prácticas que alimentan la transmisión del VIH por sí mismas. La exploración de estos factores (como la mutilación genital femenina, el matrimonio con menores, la violencia contra la mujer, etc.) puede servir como canal para llegar a un amplio diálogo social sobre las actitudes, las creencias y las normas que configuran el comportamiento que predispone a la gente a la transmisión del VIH. Las normas sociales son, de hecho, un reflejo de los valores comúnmente aceptados en una comunidad, aunque puede haber casos de normas y valores en conflicto. Por ejemplo, en muchas sociedades existe la aceptación simultánea, o incluso expectativas, de que los varones tengan múltiples parejas sexuales, mientras que existe un incongruente silencio y vergüenza, que a menudo recae sobre una persona una vez que ha adquirido el VIH, basados en la creencia de que es resultado de haber tenido un comportamiento «ilícito». Es posible y deseable promocionar las reflexiones sobre las causas de la transmisión del VIH, como primer peldaño de un proceso designado a estimular el compromiso de las comunidades para crear un entorno más justo y que devuelva la iniciativa y la responsabilidad en materia de salud a la gente, lo que se

12 De Irala, J. *Un momento inolvidable: Vivir plenamente la afectividad, el amor y la sexualidad*, Voz de Papel, Madrid, 2005.

conoce como «*empowerment*» (en inglés: «empoderamiento» o capacitación)¹³.

Aunque una amplia adopción del retraso en el inicio de las relaciones sexuales y la monogamia mutuamente fiel pueda parecer idealista o irreal, el hecho es que los éxitos más impresionantes en revertir globalmente la prevalencia de VIH, han sido protagonizados por la pronunciada reducción de las parejas múltiples, que ocurrió en un periodo de tiempo bastante condensado. La lección que debe extraerse aquí es que los cambios en las actitudes y comportamientos pueden conducir con rapidez a una disminución de la prevalencia del VIH. Dando prioridad a la evitación del riesgo es como se consigue el mayor impacto en la epidemia. Poblaciones enteras son capaces de cambios rápidos en sus comportamientos cuando se les da suficiente información y se les moviliza, como demuestran los ejemplos de Tailandia, Camboya, Uganda, Kenya y Zimbabwe.

La justicia está relacionada también con el bienestar social y las relaciones entre personas, y conseguirla exigirá prestar atención a las injustas prácticas que alimentan la transmisión del VIH. Parte de esta transformación, en la sociedad, incluye un profundo respeto a la particular y esencial dignidad de la mujer y de las personas menores de edad. El hecho de que la actual tasa de infección entre las mujeres jóvenes de edades entre 15 y 19 años sea, por ejemplo, en algunos lugares, 5 veces mayor que la de sus parejas mas-

culinas, representa una absoluta ofensa a la dignidad de la mujer, un maltrato y una explotación de toda su dimensión y potencial humano, a menudo por parte de varones mayores.

Algunos argumentan que es mejor promover el preservativo que la estrategia «A» y «B» precisamente porque las mujeres o los menores de edad carecen de la capacidad de decisión en estos ambientes de explotación. Sin embargo, es incuestionable que los mismos condicionantes socioculturales que dificultan la aplicación de «A» y de «B», en estos entornos, harían también bastante difícil la aplicación de «C» tal como pretenden algunas autoridades¹⁴. Si pensamos en mujeres jóvenes de algunos países en vías de desarrollo (aunque esto existe en cualquier país), las mismas razones que dificultarían la implementación del retraso del inicio de sus relaciones sexuales o de la mutua monogamia, también dificultan el uso consistente de preservativos. En efecto, la subordinación de la mujer, incluyendo la violencia que pueda padecer y la subordinación sexual; o desigualdades, como las económicas u otras, entre varones y mujeres, son determinantes poderosos de la transmisión sexual del VIH/SIDA porque acaban teniendo menos libertad y/o capacidad para evitar comportamientos arriesgados. Es prioritario, por ello, favorecer la capacitación de las personas.

Ya se ha señalado que la multiplicidad de parejas (tanto seriadas como

13 De Irala, J. Hanley, M. López, C. *Propóntelo, propónselo. Evitar el sida*. Ediciones Internacionales Universitarias, Pamplona, 2006.

14 Alonso, A. de Irala, J. «Strategies in HIV prevention: the A-B-C approach». *Lancet* 364(9439), (2004), 1033.

concurrentes) lleva asociado un mayor riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA. Un trabajo publicado en el *British Medical Journal* advierte que la reducción de parejas sexuales es crucial para frenar la transmisión sexual del SIDA¹⁵. Desde el punto de vista científico y de la eficacia de la Salud Pública, es un error no hacer campañas claras y contundentes desaconsejando la multiplicidad de parejas. Algunas campañas publicitarias sobre el SIDA que se han llevado a cabo en nuestro país son un ejemplo de medida preventiva no realmente integral. Por ejemplo, la campaña de 2004 «*Por ti, por todos, úsalo*» asume la promiscuidad en nuestra sociedad sin decir nada en contra. Teniendo en cuenta además que, según el INE, la mayoría de los españoles desconoce que evitar la promiscuidad es importante para evitar el SIDA¹⁶ (INE, 2004), sería un error o un prejuicio evitar informarles sobre su desconocimiento por miedo a ser «moralizantes». Es más, habría que hacer un esfuerzo real y sincero de educación sanitaria para capacitar a los ciudadanos que lo deseen a llevar a cabo los estilos de vida que mejor le protegen del SIDA¹⁷.

15 Shelton, JD. Halperin, DT. Nantulya, V. Potts, M. Gayle, HD. Holmes. KK. «Partner reduction is crucial for balanced «ABC» approach to HIV prevention». *BMJ* 328, (2004), 891-893.

16 Instituto Nacional de Estadística (INE). *Salud y hábitos sexuales. La conducta sexual desde la perspectiva del sida. Cifras INE*. Boletín Informativo del instituto nacional de estadística, 2004.

17 Martínez-González, M.A. de Irala, J. «La medicina preventiva y los fracasos catastróficos de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde». *Med Clin (Barcelona)* 124, (2005), 656-660.

Podría plantearse que las medidas de evitación del riesgo no son una propuesta realista para la mayoría de los jóvenes. Según el Instituto Nacional de Estadística el 18% de los jóvenes que en 2004 tenían entre 18 y 29 años iniciaron sus relaciones sexuales antes de cumplir los 16 años¹⁸. Como se puede ver, esta cifra (18%) queda lejos de ser «la mayoría de los jóvenes». No parece, por tanto, que tenga mucho sentido afirmar que la abstinencia, aun siendo una medida eficaz para la prevención del SIDA, no es una propuesta realista para la mayoría de los jóvenes. Lo razonable sería que las autoridades competentes aplicasen los medios disponibles de educación sanitaria para que la población acabe aceptando lo que es mejor para el bien común, siempre que esté avalado por la ciencia. Recordamos que tampoco era realista, aparentemente, plantear programas de educación sanitaria para prevenir el tabaquismo hace unos años cuando, en muchos grupos de edad, más del 75% de la población fumaba. Sin embargo, se hizo, y se sigue haciendo, todo lo posible por el bien común y no se consideró que era una cuestión de «elección personal».

Otro argumento frecuentemente esgrimido en contra de las estrategias de «A» y «B» es que pueden tener el peligro de estigmatizar o culpabilizar a quienes no comparten estos estilos de vida. Evidentemente, debe ser un deber para cualquiera no confundir los datos epidemiológicos o la conveniencia de una medida preventiva determinada con acusaciones hacia

18 INE. *op. cit.* 16.

quienes pudieran libremente no aceptar dichas medidas preventivas, con tal de que respeten ellos también las elecciones de otras personas. Sin embargo, no sería correcto prescindir de los datos empíricos que demuestran que ciertos estilos de vida son mejores que otros a la hora de prevenir una infección grave como la del VIH. Es obligación del científico presentar los datos como son, para que la población pueda ejercer su derecho a elegir informada y libremente. Además, sería un grave agravio para la mayoría de la gente que se beneficia de la «evitación del riesgo», prescindir de datos empíricos favorables al beneficio de su estilo de vida y alentar en la población general una medida de reducción del riesgo como si fuera lo único o la mejor opción para prevenir una infección. Además de faltar a la verdad, estaríamos favoreciendo que muchas personas pasen de la «evitación del riesgo» a la «reducción del riesgo», por no insistir lo suficiente en que es mejor mantenerse en el primero de ellos. Stoneburner ha estimado que si el programa de Uganda tipo «ABC» se hubiese aplicado en África en 1996, habríamos evitado a fecha de hoy que 6 millones de personas se infecten¹⁹. Las consecuencias de omitir una información veraz o de no apoyar estas intervenciones pueden ser devastadoras.

19 Stoneburner, RL. Green, T. Hearst, N. McIlhaney, J. «Evidence that Demands Action; Comparing Risk Avoidance and Risk Reduction Strategies for HIV Prevention». En: *The Medical Institute*. Thickstun P and Hendricks K (editors). 2004.

Puede ser difícil de cuantificar, pero no es difícil de comprender que, incluso en el entorno actual, se pueden salvar muchas más vidas con una prevención eficaz que a través del tratamiento. Aunque esto no significa que ambas opciones sean excluyentes. Claramente, los cuidados, el apoyo, el tratamiento y la prevención se promueven mejor de manera conjunta, de tal modo que sirvan para reducir el estigma de la enfermedad.

Cabe la posibilidad de que si se hiciera siempre, y de manera global, un énfasis suficiente en los componentes «A» y «B» de la estrategia «ABC» de prevención del VIH/sida, presentándolos como la manera más eficaz y segura de prevenir la infección por VIH y advirtiendo que los preservativos reducen sustancialmente el riesgo de infección pero sin eliminarlo del todo, quizás se ayudaría a quienes libremente han optado por el uso de preservativos: estarían mejor informados sobre el concepto de reducción de riesgo y más motivados, por ello, para evitar la pendiente resbaladiza de la «compensación del riesgo»²⁰. El mantenimiento constante, en todos los programas de educación sanitaria, de la información correcta sobre las diferencias reales que hay entre lo óptimo y 100% eficaz, evitar el riesgo, y lo menos óptimo, reducir el riesgo, puede ayudar a la población a «personalizar» mejor el concepto de «riesgo de infección» (es decir, entender mejor

20 De Irala, J. Alonso, A. «Changes in sexual behaviours to prevent HIV: the need for comprehensive information». *Lancet* 368(9549), (2006), 1749-1750.

que el riesgo le afecta personalmente). Se ha demostrado que la «personalización del riesgo» es importante para facilitar todo cambio del comportamiento en la población general²¹.

4. Conclusiones

Ante la creciente epidemia del sida, en 2004 se publicó en la revista *The Lancet* un consenso internacional que abogaba por una valiente reorientación de la lucha contra el sida. Este consenso se basa, fundamentalmente, en el principio de Salud Pública de la segmentación de la información que se da a la población cuando se pretende solucionar un problema de Salud Pública. El consenso insiste en la necesidad de dar más prioridad al mensaje de la conveniencia de retrasar el inicio de las relaciones sexuales cuando nos dirigimos a jóvenes e incluso que es mejor que dejen de tenerlas si ya hubiesen comenzado a tener relaciones. En el caso de tomar la decisión de mantener rela-

ciones sexuales, habría que recomendar la monogamia mutuamente fiel. A las personas que ya tienen comportamientos de riesgo más o menos arraigados, se les debe informar sobre la conveniencia de la evitación del riesgo y en el caso de persistir en su deseo de mantenerse en esta situación, advertirles que los preservativos pueden disminuir su riesgo de infección, si bien nunca eliminar totalmente el riesgo.

Se ha puesto muy poca atención y prácticamente no se ha dirigido ningún recurso a las intervenciones de «evitación del riesgo», como alentar el retraso del inicio de las relaciones sexuales o las relaciones sexuales mutuamente monógamas. Sin embargo, la evidencia científica indica que la «evitación del riesgo» —precisamente lo que más se ha descuidado en la respuesta internacional— es lo que, probablemente, se necesita desesperadamente para frenar la epidemia del VIH/SIDA y para aliviar sus consecuencias a todos los niveles.

Recibido: 26-11-2008

Aceptado: 18-12-2008

21 Allen, T. Heald, S. «HIV/AIDS policy in Africa: what has worked in Uganda and what has failed in Botswana?». *Journal of International Development* 16, (2004), 1141-1154.

