Globethics Repository



Panorama actual de la infección por VIH y del Sida [Current overview of HIV infection and AIDS]

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	Aristizábal, Chantal
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-05 01:54:29
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215489

PRÓLOGO

Seis miradas sobre la bioética clínica: tenemos en este volumen de la Colección Bios y Ethos, seis miradas que, al mismo tiempo que distintas, son también complementarias, brindando así un muy buen panorama de uno de los capítulos más importantes de la bioética: la bioética clínica.

En efecto, la bioética surge, en el contexto del mundo anglosajón (en E.U., en particular), inmediatamente vinculada a la clínica, y más específicamente, a la toma de decisiones que puedan ser reconocidas como racionales, en situaciones límites. Para decirlo en términos amplios, la bioética surge en el medio de lo que alguna de las series del canal *Discovery* denomina: "los médicos de trinchera", esto es, los intensivistas (Unidades de Cuidado Intensivo), Salas de Emergencia, etc. La historia de estos orígenes ya es bastante conocida.

Sin embargo, los orígenes de la bioética no han marcado, por ejemplo de una manera determinista, su posterior evolución, ampliándose antes bien los horizontes de la reflexión bioética a otras esferas distintas a las de la clínica. Esta ampliación no ha tenido lugar, sin embargo, a la manera de un abandono de sus fuentes, sino, por el contrario, en el esfuerzo sincero y descomunado, a la vez, por satisfacer de formas cada vez más satisfactorias, las preocupaciones iniciales. Esta evolución tiene consecuencias impresionantes para la bioética, pero igualmente para todas las ciencias, saberes y prácticas que, cada vez más, se relacionan con ella.

Las fuentes de la bioética la hacen *aparecer* como una ética aplicada o como una ética deontológica, acaso profesional: específicamente una ética vinculada inmediata y directamente a problemas clínicos. Por esta razón, no injustificadamente, el estudio de casos constituye un momento importante en el que es necesario detenerse en el estudio de la bioética. Desde luego que ello obedece,

en un contexto más amplio, no tanto a las finalidades o deseos de los primeros bioeticistas, sino, más adecuadamente, al contexto cultural en el que brota. Este contexto es el de la cultura de los Estados Unidos. Pues bien, uno de los pilares de la cultura Estadounidense es el derecho y el respeto al derecho; como es sabido, el derecho norteamericano opera de una manera radicalmente distinta a la del derecho europeo (Francés, específicamente), y la mayor parte del derecho latinoamericano. En contraste con el derecho napoleónico, que pretende establecer normas, principios y criterios generales para todos los casos posibles, el derecho anglosajón obedece a una lógica perfectamente distinta. Cada caso exige ser examinado por sí mismo, independientemente, a fin de establecer si y cómo puede ser erigido como un criterio normativo. El peso de cada caso no es otra cosa que el peso de, y el respeto por, el individuo, y *à la limite*, el respeto por la iniciativa privada. El liberalismo norteamericano es, así, radicalmente distinto del liberalismo europeo (continental).

En consonancia con esta tradición y con estos fundamentos *de toda la vida en los Estados Unidos*, la filosofía moral corresponde en una muy amplia medida al estudio de casos y de problemas particulares. La filosofía moral de los Estados Unidos muy poco tiene que ver con la tradición kantiana, por ejemplo, la cual establece principios –el imperativo categórico- de tipo universal y válidos para todos y cada uno y en todo tiempo y lugar, supuesto que se trata de individuos idealmente racionales. Quizás la mejor expresión de la filosofía moral norteamericana se concentra en la teoría de la decisión racional, la cual, precisamente, consiste en el estudio y consideración cuidadosa de casos y problemas singulares a partir de los cuales se puedan universalizar criterios generales. (No en vano la teoría de la decisión racional atraviesa y sirve como vaso comunicante, por así decirlo, a las diferentes escuelas de filosofía moral: el (neo)contractualismo ético, el comunitarismo, las teorías de la justicia (como la de Rawls), e incluso las éticas libertarias, como la de R. Nozick, por ejemplo). Dicho puntual, pero categóricamente, la ética europea (kantiana, notablemente) es eminentemente deductiva, mientras que el peso de los procesos de inducción, esto es, el peso de los problemas de *generalización o universalización* es un rasgo claramente distintivo de la racionalidad anglosajona.

Pues bien, la bioética no podía, así las cosas, ser distinta en su modo de proceder, al derecho y a la filosofía moral norteamericanas. Por ello mismo, y en consonancia directa con la práctica clínica, el estudio de casos no solamente era inevitable, sino necesario. De hecho, no hay otro modo de actuar y de pensar en el contexto mismo de la clínica.

Sin embargo, la evolución de la bioética es tal suerte que muy pronto se hizo necesaria la inclusión de otros referentes, cada vez más amplios, para la efectiva toma de decisiones verdaderamente *racional.* Estos referentes fueron los familiares, sociales, de política sanitaria, de política económica, medioambientales, y así sucesivamente, con lo cual la bioética dejó tanto de ser como de aparecer como una mera ética aplicada o deontológica – a pesar de que la casi totalidad de las interpretaciones sobre ella así la tratan. Pero en rigor hay que decir que se trata de aproximaciones parcializadas, vulgares o interesadas, en uno u otro sentido.

El propio fundador de la bioética, R. Van Potter, muy pronto dio el paso –que muchos no han logrado dar todavía- hacia la inclusión y ampliación de otros contextos y referentes: denominó, a esa "nueva" bioética evolucionada, como "bioética puente", o "bioética profunda". Podemos discutir acerca de la adecuación de los nombres. Pero lo que no cabe dudar en manera alguna es de la sinceridad del esfuerzo intelectual y moral, a saber: se trata de ampliar y de tener en cuenta, en la medida de las posibilidades, todos los factores que afirman y que hacen posible, o que atentan y ponen en peligro, a la vida. Así, *la bioética no es una ética deontológica ni tampoco una ética aplicada.* Y sin embargo, uno de sus pilares de trabajo, absolutamente importantes e inevitables sigue siendo la clínica. No solamente por respeto a sus orígenes, sino, debido a que la clínica es una de las situaciones más extremas en las que la vida se nos hace frágil, sensible, interdependiente.

Los seis ensayos que componen este libro se sitúan perfectamente dentro del marco presentado anteriormente. Se trata de ensayos de varios especialistas en bioética, con una muy sólida formación como profesionales de la salud con distintas especialidades, y que tienen, todos, el mérito de tratar de una forma profunda y responsable temas tales como el VIH y el Sida, la donación de

órganos y los transplantes, la eutanasia, la investigación con seres humanos, los cuidados paliativos y la terapias con recién nacidos pretérmino. Pues bien, el valor de los textos que componen este libro es el de permanecer, firmemente comprometidos, al interior de la clínica, pero con una mirada cuidadosa sobre los entornos, las consecuencias, los límites y las posibilidades de la misma; esto es, con una visión amplia. Dicho sencillamente: su *mirada* clínica se alimenta de preocupaciones jurídicas, económicas, políticas, éticas, filosóficas, religiosas y otras, y se eleva, de este modo, a *visiones* enriquecidas y enriquecedoras.

Chantal Aristizábal hace un recorrido histórico sobre el origen del virus de la inmunodeficiencia humana para concentrarse en el modo como se ha propagado a nivel mundial. Presentando cifras sobre la propagación, considera los factores de riesgo y argumenta, de manera sólida y clara, acerca de las consecuencias del virus, desde el punto de vista de la bioética. Es particularmente interesante el tiempo que le dedica a la situación en el Africa y las prácticas sociales a nivel sexual, a partir de lo cual plantea, con argumentos razonables, que a las mujeres infectadas por el VIH no se les puede negar el derecho a ser madres, pese a que el bebé corre alto riesgo de ser infectado.

Sinay Arévalo se ocupa de un problema que muy poca atención ha recibido de parte de la bioética y que es, por lo demás, para la comunidad médica, todavía un tema de amplio debate: los principios rectores del transplante de órganos en humanos, concentrándose en las diferentes posturas con respecto al consentimiento para la donación de órganos. Estas posturas son básicamente cuatro: el consentimiento expreso, el consentimiento presunto, el consentimiento presunto atenuado o tácito y la respuesta esperada. El autor no se detiene en las especificidades de cada uno de ellos, sino, por el contrario, se propone desarrollar el cuarto, antes mencionado. Un tema obligado, entonces, es el de la definición y diagnóstico de la muerte. A partir de este punto se detiene en un aspecto definitivamente nuclear: establecer qué personas son buenas candidatas para que se les done órganos, pero lo hace abordando el más importante de los problemas en este campo, a saber: ¿Cómo ser justos en la selección de los receptores? Esta pregunta exige una consideración de los criterios diversos para la donación

y transplante de órganos. El autor termina el texto con el planteamiento de tesis propias sobre estos criterios, allanando ampliamente el terreno para posteriores desarrollos del tema considerado.

Stella María Osorno se ocupa de un tema sensible y de candente actualidad: la eutanasia como un derecho del paciente. El valor del texto suyo consiste en el rastreo bibliográfico y documental, especialmente de las sentencias de la corte constitucional sobre el tema. Sobre esta base, la autora elabora reflexiones propias, bien argumentadas acerca de cómo en el ámbito jurídico existen excepciones morales, justificadas a las reglas sobre matar. Aunque así no lo dice, el problema de fondo que emerge a partir de la lectura de su ensayo es el reconocimiento de que lo jurídico no implica necesariamente la moralidad o la ética. Pues bien, es este último aspecto el que en realidad preocupa a la autora, y sobre el se concentra con atención: hablamos entonces de la ética de la calidad de la vida, el derecho a la vida, la dignidad humana, y los derechos fundamentales.

Juan Carlos Munevar estudia un tema de alto interés para una gran parte de ciencias y disciplinas contemporáneas. Me refiero a la ética de la investigación con seres humanos. ¿Qué es lo que se requiere en la investigación biomédica; cuáles son las normas para investigar con seres humanos (menores de edad, embriones y fetos humanos)? Es preciso, sostiene el autor, considerar con cuidado la experimentación con control. Pues bien, la investigación necesita de una evaluación ética, y es éste el espacio que vienen a llenar los comités de bioética en la investigación. De aquí, como se desprende claramente, tanto se deriva como confluye uno de los ejes de reflexión de la bioética.

Luz Stella Arévalo y Ana María Gutiérrez se ocupan de uno de los campos más sensible en las ciencias clínicas: los cuidados paliativos. Inicialmente, determinan qué es una enfermedad terminal, a partir de lo cual brindan una definición de cuidado paliativo, y sobre ella, a su vez, de calidad de vida. Es interesante el recorrido que elaboran sobre los cuidados paliativos desde la Edad Media hasta hoy, para desembocar en el significado contemporáneo del problema estudiado. Se trata, en efecto, de cómo debe ser un servicio de cuidados paliativos, cómo

debe estar organizado, y la importancia del equipo interdisciplinario; pero sobre esta base continúan con una presentación de los tipos de cuidado al paciente terminal, la importancia de la comunicación e información en el campo de los cuidados paliativos. Más que en ninguna otra área, es imperativo considerar tanto los aspectos psicológicos, espirituales, familiares del paciente terminal, como del personal sanitario. Es inevitable detenerse en el tema de los aspectos psicológicos del personal de salud (el estrés por sus pacientes), los conflictos que surgen al interior del equipo interdisciplinario, y los aspectos espirituales del equipo. Al final, resaltan reflexiones de tipo más histórico-filosóficas sobre qué significan la muerte y el duelo, haciendo una aproximación histórica, a partir del medioevo, las fases de muerte de Kubler Ross, los principios para una buena muerte. El texto está profusamente ilustrado con notas de pie de página de distinto valor (bibliográfico, histórico, clínico, histórico y filosófico).

Finalmente, el libro concluye con el estudio de Mónica Rincón sobre los dilemas éticos en las decisiones terapéuticas de recién nacidos pretérmino. Es ilustrativa la breve mirada histórica a las decisiones del manejo médico de los recién nacidos pretérmino, para concentrarse, posteriormente, sobre los dilemas éticos a que se enfrenta el médico con respecto a la necesidad de salvar la vida de bebés con pesos inferiores a los patrones y con edades estacionales inferiores a los promedios normales. La autora piensa que son aquí de gran ayuda los principios bioéticos y concluye con una aproximación jurídica a ese tipo de decisiones médicas.

Con estos seis ensayos sobre la bioética clínica la comunidad de bioeticistas y académicos, científicos y profesionales ocupados de alguna manera con la bioética tendrá un aporte de indudable valor. Pues tenemos aquí, en unas ocasiones, esfuerzos serios de aplicación de los principios bioéticos, pero en la mayoría de los textos, verdaderas contribuciones al cuerpo mismo de temas, conceptos y problemas de la bioética. Este libro es, por tanto, un buen logro que contribuye a los desarrollos de la bioética clínica, pero con ella, desde ella, también, entonces, a la bioética general en el país.

Carlos Eduardo Maldonado

PANORAMA ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR VIH Y DEL SIDA

Chantal Aristizábal Tobler

"El sida ataca el cuerpo, los prejuicios atacan el espíritu, el primero es causado por un virus, los segundos por la ignorancia, ambos pueden matar"

INTRODUCCIÓN

La epidemia de la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de su etapa terminal, el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), ha marcado la historia de la humanidad en los últimos 20 años y ha planteado múltiples retos científicos y éticos. La epidemia se reconoció por primera vez en Estados Unidos en 1981, cuando el Centro de Control de Enfermedades (CDC; Centers for Disease Control) de Atlanta recopiló los datos de hombres jóvenes homosexuales afectados por enfermedades oportunistas, poco frecuentes en pacientes inmunocompetentes, tales como neumonía por *Pneumocyistis carinii* y sarcoma de Kaposi, informados por médicos de San Francisco, Los Angeles y Nueva York.

Casi simultáneamente se describieron casos similares en Europa y un año después se informaron enfermedades oportunistas asociadas a inmunodefi-

ciencia en haitianos no homosexuales, en personas con hemofilia sometidas a múltiples transfusiones sanguíneas y en mujeres que ejercían la prostitución. Por esta época se utilizó por primera vez el término SIDA, se sospechó su transmisión sexual y se marcó con el primer estigma, al definirla como la enfermedad de las cuatro haches: homosexuales, haitianos, hemofílicos y *"harlots"* (en inglés, prostitutas).

Para esta época se trataba de una enfermedad invariablemente fatal y se relacionaba directamente con los dos grandes mitos de la humanidad: la muerte y la actividad sexual. En una ardua investigación científica sin precedentes, el agente viral causante de la enfermedad fue aislado por Luc Montagnier del Instituto Pasteur en Francia en 1983 y por Robert Gallo en Estados Unidos en 1984. Para 1985 ya se disponía de una prueba de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el VIH.

Empiezan las denuncias en todo el mundo por la discriminación y la violación de los derechos humanos a las que son sometidas las personas que viven con VIH o sida en los sitios de trabajo, en los centros educativos, en sus mismos vecindarios y familias y hasta en los centros de atención médica. La lucha de personas afectadas, de defensores de los derechos humanos y de grupos activistas ha buscado un trato justo para las personas que viven con VIH y/o sida y sus allegados, en un ambiente de respeto, tolerancia, equidad y solidaridad, resumido en la Declaración Internacional de los Derechos Fundamentales de las Personas que viven con el Virus del Sida, promulgada en 1989 en Canadá, base para la legislación de muchos países, entre ellos Colombia, con el Decreto 559 de 1991 y su revisión, el Decreto 1543 de junio 12 de 1997 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (Tabla 1).

Tabla 1. Derechos humanos en las personas que viven con VIH/SIDA (ONUSIDA)

- Derecho a la no discriminación
- Derecho a igualdad ante la ley
- Derecho a la vida
- Derecho al más alto nivel posible de salud
- Derecho a libertad y seguridad
- Derecho a libertad de circulación
- Derecho a la intimidad
- Derecho a la libertad de expresión y opinión
- Derecho al trabajo
- Derecho a la educación
- Derecho a fundar una familia

El análisis y la progresión de la epidemia ha permitido reconocer que la infección por VIH no se limita a grupos de riesgo. En este momento se considera que cualquier persona, independientemente del sexo, la raza y la edad, es vulnerable a la infección. Esta depende de comportamientos humanos de riesgo y de factores psicosociales que aumentan la vulnerabilidad. Las vías de transmisión son tres y están claramente definidas: relaciones sexuales penetrativas sin protección con una persona infectada; a través de la sangre u otros fluidos infectados que penetren al torrente sanguíneo (por ejemplo por transfusiones, por elementos contaminados utilizados por adictos a drogas intravenosas, accidentes ocupacionales) y transmisión perinatal o vertical vinculada al embarazo, al parto y a la lactancia materna.

En 1987 se aprobó en Estados Unidos el uso del primer antirretroviral, el AZT o zidovudina y desde ese momento la investigación farmacéutica ha ofrecido varias alternativas de tratamiento hasta obtener las combinaciones de agentes antirretrovirales altamente eficaces que, desde 1996, han cambiado la historia natural de la enfermedad y la han convertido en una enfermedad crónica

potencialmente controlable. Sin embargo, estos regímenes complejos de medicamentos son costosos y se estima que menos del 10% de las personas que viven con VIH o sida en el mundo tienen acceso a ellos.

ORIGEN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Se han hecho especulaciones de todo tipo con respecto al origen del VIH. La teoría más aceptada actualmente es que se trata de una transferencia zoonótica a partir del virus de inmunodeficiencia simiana (VIS) que permitió la aparición de los tres principales virus de inmunodeficiencia humana (VIH-1 grupos O y M y VIH-2). Mutaciones del VIS del mico africano *sooty mangabey* permitieron su salto a los humanos en forma de VIH-2, mientras que los VIH-1 provienen de mutaciones del VIS de chimpancés (*pan troglodytes troglodytes*).

En las primeras décadas del siglo XX hubo contacto estrecho entre los humanos y los primates, cazados en Africa para trabajar en circos, para utilización en investigaciones científicas, como mascotas e incluso para utilizar su carne como alimento, facilitando el salto del virus a través de mutaciones genéticas. Por ejemplo, el historiador Bruce Fetter relata que entre los años 1921 y 1934 fallecieron más de 20.000 trabajadores, la mayoría a causa de desnutrición, en el Congo francés durante la construcción del ferrocarril ordenada por el gobierno colonial. Es probable que estos trabajadores, agobiados por el hambre, se hayan visto obligados a cazar chimpancés, facilitando el paso del virus a los humanos. Treinta años después, los primeros brotes de la enfermedad por VIH aparecieron en esta misma región. El escritor británico Edward Hooper en su libro "The River" considera que el inicio de la epidemia pudo ser causado por la aplicación de una vacuna contra la poliomielitis probada en el Congo Belga, en Africa, durante el año 1957 y fabricada en Estados Unidos utilizando riñones de chimpancés. Sin embargo, investigaciones recientes de la genetista Bette Korber, mediante complicados programas de computador, señalan que el VIH ha existido en los humanos desde hace 70 años.

Los primeros casos confirmados de SIDA corresponden a un marinero noruego fallecido en 1976, a su esposa y a su hija nacida en 1967. Probablemente el marinero adquirió la infección en Douala, Camerún en un viaje por Africa en 1961. En 1997 se confirmó la presencia de VIH-1 grupo O en sangre archivada de este hombre, mediante secuencia por reacción en cadena de polimerasa. Existe evidencia de que el VIH-1 grupo M existía en El Congo desde 1959 y que ocurrieron casos de SIDA en esta región desde los años 1970s, o de pronto desde 1962.

EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL DE LA INFECCIÓN POR VIH-SIDA

Las estimaciones de ONUSIDA revelan que para diciembre de 1999, 33.6 millones de personas en el mundo viven con VIH o SIDA: 17.6 millones de hombres, 14.8 millones de mujeres y 1.2 millones de niños y niñas. En 1.999 ocurrieron casi 6 millones de nuevas infecciones, es decir aproximadamente 16.000 nuevas infecciones cada día (Tabla 2).

Tabla 2. Epidemiología mundial de la infección por VIH-SIDA, a diciembre de 1999 (ONUSIDA)

	Hombres	Mujeres	Niños y niñas menores de 15 años	Total
Personas que viven con VIH-SIDA	17,6 millones	14,8 millones	1,2 millones	33,6 millones
Defunciones por SIDA desde el inicio de la epidemia	6,5 millones	6,2 millones	3,6 millones	16,3 millones

Nuevas infecciones en 1999	2,7 millones	2,3 millones	570.000	5,6 millones
Defunciones por SIDA en 1999	1 millón	1,1 millones	470.000	2,6 millones

Se estima que sólo una de cada 10 personas infectadas conoce su estado y que cerca de 95% de los casos de infección por VIH/sida se encuentran en países en vía de desarrollo, especialmente en Africa y Asia. El número de personas infectadas se ha duplicado en los últimos dos años en la antigua Unión Soviética, especialmente debido al consumo de drogas intravenosas. Europa oriental y Asia central son las regiones que tuvieron mayor crecimiento de la epidemia en el último año (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución geográfica de la epidemia, diciembre 1999 (ONUSIDA)

Región	Personas que viven con VIH/SIDA (millones)	% de mujeres	Nuevas infecciones en 1999 (millones)	Prevalencia en adultos %	Principales vías de transmisión
Africa subsahariana	23,3 millones	55%	3,8 millones	8,0%	Heterosexual
Africa del norte y oriente medio	220.000	20%	19.000	0,13%	DIV, Heterosexual
Asia del sur y sudoriental	6 millones	30%	1,3 millones	0,69%	Heterosexual
Asia oriental y Pacífico	530.000	15%	120.000	0,068%	DIV, Heterosexual, Homosexual
América Latina	1,3 millones	20%	150.000	0.57%	Homosexual, DIV, Heterosexual

Región	Personas que viven con VIH/SIDA (millones)	% de mujeres	Nuevas infecciones en 1999 (millones)	Prevalencia en adultos %	Principales vías de transmisión
Caribe	360.000	35%	57.000	1.96%	Heterosexual, Homosexual
Europa oriental y Asia central	360.000	20%	95.000	0.14%	DIV, Homosexual
Europa occidental	520.000	20%	30.000	0.25%	Homosexual, DIV
América del Norte	920.000	20%	44.000	0.56%	Homosexual, DIV, Heterosexual
Australia y Nueva Zelanda	12.000	10%	500	0.1%	Homosexual, DIV
TOTAL	**33,6 millones**	**46%**	**5,6 millones**	**1.1%**	

DIV: drogadicción intravenosa

También se observó aumento en el número de infecciones en América Central y en el Caribe. Africa subsahariana sigue siendo la región del mundo más afectada por la epidemia, con 70% del total de personas infectadas con VIH en el mundo, a pesar de que solo 10% de la población mundial vive allí. Debido a la falta de acceso a tratamiento, se estima que la mayoría de estas personas fallecerán en los próximos 10 años, sumándose a los 13.7 millones de vidas humanas ya cobradas por la epidemia en esta región del mundo.

En Colombia se ha informado cerca de 10.000 casos de SIDA y se estima que el número de personas infectadas oscila entre 100.000 y 200.000 en el territorio nacional. Sin embargo, las estadísticas sufren de subregistro y no existe un verdadero perfil epidemiológico de la epidemia.

Como se puede observar de los datos epidemiológicos, la epidemia no es homogénea en el mundo, sino que tiene diferentes características, vías y

velocidad de transmisión. En algunos sitios se ha extendido a hombres y mujeres de toda la población, como en Africa. En otras regiones se encuentra aún atrincherada en subpoblaciones con comportamientos sexuales no seguros o que consumen drogas intravenosas.

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA EPIDEMIA DE VIH-SIDA

La complejidad de la epidemia reside en entender que la infección por VIH y el sida no son simplemente el resultado de la infección por un virus, sino que influye todo el contexto psicosexual del individuo, las costumbres y normas sociales y las políticas económicas y de salud, convirtiendo la infección en un verdadero fenómeno social. Por este motivo la vulnerabilidad no es homogénea en la población. El doctor Richard Parker de la Universidad de Rio de Janeiro expresaba esta desigualdad en la XI Conferencia Internacional de Sida: "El virus de la inmunodeficiencia humana no ha sido democrático, no todos somos igualmente vulnerables: la violencia, la supresión, la explotación, la discriminación, la desigualdad social, la injusticia y los prejuicios han acelerado la expansión de la epidemia".

Factores individuales de riesgo

El riesgo individual de adquirir la infección por VIH depende de factores biológicos (del agente infeccioso, del huésped y del ambiente), pero también de factores cognitivos (lo que el individuo sabe), de actitudes (lo que el individuo siente) y de comportamientos (lo que el individuo hace) frente a la infección y a los mecanismos de prevención.

Factores biológicos

La transmisión sexual del VIH ocurre por la exposición de mucosas (anal, vaginal, oral o del glande) con secreciones genitales (vaginales o líquido

preeyaculatorio y semen) de una persona infectada. El líquido seminal tiene mayor volumen que las secreciones vaginales y tiene mayor concentración de partículas virales, además al ser depositado en el fondo de la vagina o en el recto tiene mayor tiempo de contacto con las células cervicales o con las células intestinales para permitir su infección. Por estas razones, en las relaciones sexuales penetrativas tiene mayor riesgo de adquirir la infección el miembro de la pareja que ejerce el papel receptivo en comparación con el que ejerce el papel insertivo. La mujer tiene mayor riesgo (entre 2 y 19 veces) de adquirir la infección que el hombre en una relación heterosexual.

Además, varios factores pueden aumentar la posibilidad de transmisión del VIH. La presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, tales como sífilis, herpes y chancroide, que se caracterizan por la presencia de úlceras en las mucosas rompen la barrera normal y facilitan la entrada del virus, aumentando el riesgo de transmisión del VIH en 1.5 a 7 veces tanto en hombres como en mujeres. Las enfermedades de transmisión sexual no ulcerativas, tales como gonorrea, clamidias y trichomonas, también aumentan el riesgo de adquirir la infección: hay aumento de leucocitos, los cuales pueden llevar el VIH, en los líquidos seminales y cervicovaginales y las cervicitis en las mujeres aumentan la expresión del correceptor CCR5 del VIH sobre las células cervicales.

La falta de circuncisión en los hombres aumenta tanto el riesgo de adquirir como de transmitir la infección por VIH. Esto parece deberse a la gran cantidad de células de Langerhans del prepucio, las cuales sirven como reservorio para el virus de la inmunodeficiencia humana. La ectopia cervical en las mujeres hace más friable el tejido y facilita la entrada del virus.

Algunas prácticas sexuales incrementan el riesgo de transmisión, por ejemplo las relaciones sexuales durante la menstruación, cuando ocurre sangrado durante el coito, durante las relaciones sexuales anales receptivas o insertivas y con las relaciones sexuales durante el embarazo.

El estado clínico del compañero sexual positivo para el VIH también influye en el riesgo de transmisión. La transmisión es mayor cuando la carga viral

(concentración del virus por ml de sangre) es alta, como ocurre en etapas avanzadas de la enfermedad, durante la infección aguda y en pacientes sin tratamiento. Es importante recordar, sin embargo, que el hecho de tener una carga viral indetectable en sangre no significa que se elimine el riesgo de transmisión, porque el virus puede permanecer en "santuarios" donde continúa la replicación, entre ellos el sistema nervioso central, los ganglios linfáticos y los testículos, puede persistir replicación viral así sea mínima y las cargas virales de la sangre no siempre son equivalentes a las cargas virales de las secreciones genitales.

El tipo de virus también influye en la transmisión. El VIH-2 se transmite con mayor dificultad y predomina en ciertas áreas de Africa donde la epidemia se ha mantenido más estable. En Africa, Tailandia y Asia predominan los subtipos B y C del VIH-1, los cuales tienen una mayor tasa de transmisión heterosexual que el subtipo B predominante en Estados Unidos.

Factores cognitivos de vulnerabilidad al VIH

Se refiere a los conocimientos y a las creencias de los hombres y las mujeres sobre el sexo, la sexualidad, la infección por VIH y el cuidado frente al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual. En muchas sociedades los imaginarios sobre la mujer ideal se basan en la inocencia sexual, la virginidad y la maternidad. La ignorancia se confunde con pureza. Por el contrario, se supone que los hombres sean más experimentados y que sean los que tomen las decisiones alrededor del sexo; muchas veces ellos tampoco tienen la información adecuada pero no se atreven a reconocerlo e incurren en comportamientos de riesgo.

En encuestas realizadas en sitios tan lejanos como Brasil, Islas Mauricio y Tailandia, las mujeres jóvenes revelan sentir temor de buscar información sobre sexo o condones porque las pueden catalogar como activas sexualmente. En Bombay e India las mujeres no tienen información sexual antes del matrimonio, lo cual limita mucho la posibilidad de diálogo, de analizar la vulnerabilidad y de protegerse.

Actitudes y comportamientos que aumentan el riesgo de la infección por VIH

En algunas comunidades hombres y mujeres continúan concediéndole un gran valor a la virginidad de las mujeres; esto lleva en ocasiones a adoptar comportamientos de riesgo como el sexo anal. Algunas, y tal vez muchas culturas, han construido ideas socializadas del papel de las mujeres para agradar a los hombres, las cuales aumentan la vulnerabilidad de la mujer. Por ejemplo, en Brasil el sexo anal con las mujeres es considerado por los hombres como una prueba de su poder y como una conquista más completa de la mujer; en Africa, las mujeres producen sequedad de la vagina para aumentar el placer de los hombres y en todo el mundo, en muchas relaciones de pareja se presenta el sexo no consensual.

En Suráfrica, en 30% de las niñas su primera experiencia sexual ha sido un coito forzado; 70% de las mujeres han sido obligadas a tener sexo contra su voluntad, por lo menos una vez en la vida, incluso en el marco de una relación estable y 4% han sido violadas. En Guatemala, Jamaica, India, Papúa y Nueva Guinea, las mujeres no se atreven a discutir con sus parejas el uso del condón por temor a una respuesta violenta de los hombres.

La idealización de la maternidad en muchas sociedades asociada a altas tasas de fertilidad dificulta las prácticas de sexo no penetrativo o protegido. En encuestas de comportamiento sexual en hombres, tanto heterosexuales, como homosexuales o bisexuales, se encuentra que los hombres tienen mayor número de compañeros sexuales que las mujeres. Este es un comportamiento que a veces se adjudica a la naturaleza del hombre y se justifica.

El estigma de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres suele extenderse a la mayoría de las sociedades. Muchos de estos hombres tienen además relaciones sexuales con mujeres. Las personas con comportamientos bisexuales tienen una amplia gama de identidad sexual, incluyendo homosexualidad o heterosexualidad. En India, por ejemplo, 90% de los clientes

de trabajadores sexuales masculinos son hombres casados. Las encuestas revelan que uno de cada seis hombres en el mundo ha tenido relaciones sexuales con otro hombre, por lo menos una vez en su vida. La falta de reconocimiento de determinados comportamientos sexuales como válidos incrementa la vulnerabilidad de hombres y mujeres, al tener que ocultarlos y practicarlos en la clandestinidad.

El uso de alcohol y drogas ilícitas aumenta el riesgo de transmisión sexual al alterar el juicio y al motivar a las personas a involucrarse en comportamientos de riesgo y también puede aumentar la violencia. En muchas comunidades, los hombres bajo el efecto del alcohol exigen sexo a sus compañeros o compañeras y en esta situación, muchas veces se pierde la posibilidad de negociación sobre sexo más seguro.

No se trata de juzgar la expresión de la sexualidad ni de determinados comportamientos sexuales, pero sí de lograr comportamientos más seguros que permitan las diferentes manifestaciones humanas de la libido en formas libre sin las consecuencias no deseadas de las enfermedades de transmisión sexual y, específicamente, de la infección por VIH.

Vulnerabilidad social al VIH

Se refiere al contexto social dentro del cual ocurren los comportamientos sexuales de los individuos que los pueden poner en riesgo de adquirir el VIH.

La migración rompe los lazos familiares y favorece las relaciones sexuales con varias personas. El desplazamiento y la marginalización favorecen el trabajo sexual como medida de subsistencia. La dependencia económica muchas veces lleva consigo la dependencia sexual. Por ejemplo, en Senegal, la mitad de las mujeres que viven con VIH solo han mantenido uniones monógamas; en Uganda, 97% de las mujeres con enfermedades de transmisión sexual la fuente de infección ha sido su esposo, sin embargo, sólo 7% consideran la separación como una opción, debido a su dependencia económica.

Los factores políticos influyen en forma importante sobre la vulnerabilidad al VIH, porque determinan el tipo de respuesta frente a la pandemia. Las políticas iniciales discriminatorias originadas en el miedo y la ignorancia de grupos sociales o de organismos del Estado, las cuales todavía persisten en mayor o menor grado, han demostrado ser inefectivas y constituyen violaciones a los derechos humanos. El enjuiciamiento y la criminalización de comportamientos y actitudes como por ejemplo determinadas prácticas sexuales, el trabajo sexual y la drogadicción, restringen el flujo libre de información y el acceso justo a los servicios médicos y de apoyo social. La falta de programas de prevención eficaces y permanentes y la falta de acceso a servicios de asesoría, diagnóstico y tratamiento adecuados también favorecen la vulnerabilidad, especialmente de las personas discriminadas por cualquier motivo.

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH

Los esfuerzos para reducir los riesgos deben dirigirse a los factores individuales y sociales. A nivel individual se debe mejorar el acceso a la información, a la educación, a la comunicación con la pareja y a la adquisición de destrezas de niños y niñas, hombres y mujeres para tomar decisiones responsables con respecto a su propia sexualidad. Cada persona debe llegar a ser consciente de su propio riesgo y debe llegar a prevenir su propio caso. También se deben proveer los servicios y las tecnologías disponibles para reducir el riesgo individual. Por ejemplo, programas de mercadeo de condones, como se ha hecho en muchos países de Africa; grupos de mujeres en Burkina Faso y Haití que ayudan a la adquisición de destrezas para contrarrestar las objeciones de los hombres para el uso de condones.

Es pues muy importante mejorar la comunicación sexual y el empoderamiento de cada uno de los miembros de la pareja. La campaña de ONUSIDA para el año 2.000 trabaja con el lema "Sida: los hombres marcan la diferencia".

Se busca ver al hombre no como un tipo de problema sino como parte de la solución. Se deben buscar cambios de actitud y comportamiento en los hombres con las metas de lograr una mejor comunicación entre los hombres y sus parejas sexuales acerca del sexo, de la infección por VIH, del sida y de la drogadicción para tomar decisiones responsables y compartidas y de estimular la aceptación y comprensión de los hombres que tienen sexo con hombres.

A nivel social es importante eliminar la discriminación en cualquiera de sus manifestaciones que llevan a marginalización y subordinación de determinadas personas. Es importante establecer la equidad de géneros en todos los aspectos de la vida social. Se necesita un ambiente de tolerancia, equidad y solidaridad que ayude a disminuir las barreras para que cada persona pueda protegerse de la infección y para que tenga acceso a los servicios de atención necesarios. Se requiere además compromiso político para disminuir el riesgo de infección y para aliviar la morbimortalidad asociada con la enfermedad.

DRAMÁTICA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN ÁFRICA

Es indudable que Africa es la región del mundo más azotada por la epidemia, en parte porque la epidemia lleva más tiempo en esta región, por diferentes factores psicosociales que han permitido la diseminación, por factores políticos y de atención sanitaria que han impedido una respuesta oportuna y eficaz en contra de la epidemia y por la indiferencia internacional que ha observado la propagación de ella como algo ajeno. Sin embargo, en la aldea global que representa al mundo actual, las repercusiones no se limitan a los habitantes del olvidado continente.

El gobierno de Estados Unidos, a través de Bill Clinton, acaba de reconocer en el año 2.000, que la epidemia de SIDA en Africa representa una verdadera amenaza para la seguridad nacional de los Estados Unidos y que se requiere de intervención internacional para la lucha contra ella. Las medidas que se adopten beneficiarán a las personas que viven con VIH-sida en los países en vías de

desarrollo, pero, para quiénes esto no es suficiente argumento, también influirá sobre la economía y la estabilidad política mundiales.

En realidad la epidemia de VIH-sida que tiene en jaque al continente africano va de la mano de todo un contexto político y social: economía emergente, transición de culturas tradicionales a industriales, altas tasas de enfermedades de transmisión sexual, pobreza absoluta en una alta proporción de habitantes, inequidades de género con clara desventaja de la mujer, alta tasa de migración y de conflictos.

Los países de Africa más afectados por la infección por VIH y sida corresponden a países del Africa subsahariana y, especialmente, a 5 países de la parte sur como Suráfrica, Namibia, Botswana, Zimbabwe y Swazilandia. La prevalencia de la infección en estos países alcanza 25% de la población adulta, con el agravante de que la mayoría de ellos no conocen su infección y la transmisión continúa. En Malawi, Mozambique, Ruanda y Zambia uno de cada 7 a 9 adultos están infectados por el VIH. En la república Centroafricana, Costa de Marfil, Djibouti y Kenya: uno de cada 10 adultos vive con el VIH. Senegal ha logrado mantener bajas tasas de infección gracias a la voluntad política de sus dirigentes para implementar programas de prevención tempranos y sostenidos. Uganda es un verdadero ejemplo en la lucha contra la diseminación de la enfermedad y ha logrado reducir la prevalencia de la enfermedad.

La inmensa mayoría (90%) de los niños que sufren la enfermedad por VIH debido a transmisión vertical y 95% de los niños huérfanos a causa del sida en el mundo viven en Africa subsahariana. Para el año 2.001, las estimaciones informan de 13 millones de huérfanos en Africa al sur del Sahara, lo que implica una generación completa creciendo sin el apoyo de sus padres, con las graves repercusiones psicológicas, económicas y sociales que ello implica.

Son muchos los factores que inciden sobre la propagación de la epidemia y pueden variar en los diferentes países; sin embargo, se han reconocido algunos factores comunes como son la alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, la subordinación de la mujer, lo cual la hace más vulnerable a la infección

y explica su gran participación en la epidemia, la alta tasa de migración de la población dentro del mismo país y fuera de él, la pobreza, los conflictos armados, las débiles infraestructuras de salud y la deficiencia de respuestas públicas y privadas ante la epidemia.

Los jóvenes, y especialmente las jóvenes, se encuentran muy amenazados. En Africa subsahariana el promedio de edad de inicio de la vida sexual en las mujeres es entre 14 y 15 años; 14% de las jóvenes tienen su primer hijo entre los 15 a 19 años, mientras que el porcentaje en otros países en vías de desarrollo y en países industrializados es de 6% y 3%, respectivamente. La prevalencia de la enfermedad en la mujeres entre 15 y 19 años es más alta que en los hombres de la misma edad; por ejemplo en Kenya la prevalencia en mujeres jóvenes es de 22% y en los jóvenes de 4%. En Etiopía, 35% de las mujeres entre 20 a 24 años tienen la infección, en comparación con 10% de los hombres de la misma edad.

El impacto de la epidemia es enorme: en los países africanos que tienen una prevalencia de 10% o más, el sida puede borrar 17 años de ganancia en la expectativa de vida; en vez de alcanzar en el año 2010 los 64 años de edad, se retrocederá a un promedio de 47 años. Además, en muchos países el sida es la primera causa de mortalidad, de morbilidad y de disminución de la capacidad laboral en adultos. En forma paralela, también ha aumentado la morbilidad y la mortalidad por otras enfermedades infecciosas asociadas como tuberculosis, hepatitis y malaria. Están falleciendo trabajadores calificados como profesores, trabajadores de la salud, policías y soldados, lo cual influye en la seguridad nacional y en la paz internacional; la economía se resiente; el desempleo aumenta y la inversión extranjera disminuye.

El impacto en las mujeres ha sido aún mayor. En Africa hay 12 a 13 mujeres infectadas por cada 10 hombres. Las jóvenes entre 15 a 19 años de edad tienen una probabilidad 5 veces mayor de estar infectadas que los hombres de la misma edad. Son muchas las explicaciones y los factores que participan, además de la conocida susceptibilidad biológica de la mujer. Muchas mujeres en el mundo,

y especialmente en Africa, mantienen un papel de sumisión sexual, social y económico frente a los hombres. En varios países africanos como por ejemplo Zimbabwe, Nigeria y Kenya, es tradicional la práctica de "sexo seco".

Las mujeres utilizan mezclas de hierbas del árbol Mugugudhu con arena y agua que envuelven en medias de lana e introducen en la vagina durante 10 a 15 minutos antes del coito, con lo cual se produce inflamación, calor y sequedad de la mucosa vaginal. Otras mujeres utilizan *"nutendo wegudo"* (tierra mezclada con orina de mandril preparado por curanderos tradicionales) o incluso papel, detergente o sal. Los hombres sienten placer adicional con esta práctica; pero en las mujeres puede causar dolor, laceraciones de la mucosa y alteración de la flora vaginal y así aumentar la transmisión del VIH. Además, al incrementar la fricción durante el coito, se favorece la ruptura de los condones. En algunas comunidades son prácticas muy arraigadas; en ellas las secreciones vaginales son consideradas desagradables por hombres y mujeres y algunas mujeres piensan que se trata de su cultura y al abandonarlas, los hombres podrían buscar placer con otras mujeres.

En los últimos años han proliferado los *"sugar daddies"* en Africa: se trata de hombres mayores que buscan tener relaciones sexuales con mujeres jóvenes a cambio de regalos y dinero. Las motivaciones son la menor posibilidad de contraer el VIH con mujeres más jóvenes y la creencia de que el coito con mujeres vírgenes puede "limpiar" la infección por VIH. En esta forma se aumenta la transmisión en esta franja de la población femenina.

Según la tradición *luo* los hermanos o primos heredan a las viudas para que los hijos permanezcan en el mismo clan del esposo, quien además pagó una dote por su esposa. El coito con la viuda permite espantar los demonios de la muerte y las mujeres que se niegan a tener un guardián traen mala fortuna al clan. Sin embargo, esta tradición ha llevado a propagación de la epidemia en clanes completos y ha favorecido la pobreza. Algunas comunidades han respondido al efecto negativo de esta tradición, en la época del VIH, manteniendo una "herencia simbólica" que no incluya relaciones sexuales.

A través de todo el siglo, muchos hombres africanos han trabajado en labores migrantes, por ejemplo en minas de oro, diamantes y minerales, alejados de sus familias y con parte importante de la recreación basada en el consumo de alcohol casero y el sexo. De otra parte, el riesgo de estas labores puede ser alto; por ejemplo en las minas de oro de Suráfrica el riesgo de morir por aplastamiento es de uno en 40, lo cual hace ver la infección por VIH como un riesgo remoto.

Las mujeres no tienen control sobre el poder económico y mucho menos sexual. Los hombres deciden cuando, con quién y cómo tener relaciones sexuales. En este contexto, es muy difícil para las mujeres tomar iniciativas en prevención y sugerir cambios de comportamiento a sus parejas, sin el riesgo del rechazo o incluso de la violencia.

El analfabetismo en las mujeres en Suráfrica es mayor que en los hombres; muchas niñas no asisten a la escuela porque deben cumplir con tareas de la casa; las jornadas laborales suelen ser más largas y más pesadas para las mujeres y estas ganan menos dinero y rara vez tienen propiedades. Por ejemplo en Camerún, menos de 10% de las escrituras de propiedades corresponden a mujeres. La Corte Suprema de Zimbabwe considera que las mujeres no tienen más derechos en la familia que un hombre adolescente. Por lo tanto, es aún considerada una menor de edad, incapaz de tomar sus propias decisiones.

En la mayoría de las culturas subsaharianas los hombres pagan una dote (*"lobola"*) por sus esposas y por lo tanto se consideran sus dueños. No existe el concepto de violación dentro del matrimonio. El placer sexual es patrimonio de los hombres y las mujeres tienen la misión básica de la fertilidad. A muchas mujeres se les niega incluso la posibilidad de placer sexual desde la infancia a través de las prácticas de circuncisión femenina y de mutilación e infundibulación. Los hombres con frecuencia consideran que las esposas tienen la misión de procrear y realizar las labores de la casa y que para el placer sexual ellos requieren de trabajadoras sexuales.

Muchas culturas tradicionales tienen normas estrictas en cuanto a las relaciones sexuales. En el momento actual se han roto algunas de ellas sin ser reem-

plazadas por otras, persistiendo discriminación y subordinación de la mujer sin ninguna protección. La poligamia ha sido aceptada en muchas culturas Africanas. Por ejemplo, en Namibia un hombre podía casarse con dos o tres mujeres, pero la primera esposa nunca era abandonada y siempre debía ser consultada. En la actualidad, persiste la costumbre de tener varias mujeres, pero las esposas no están enteradas y sufren el riesgo de infección por VIH y de disminución del presupuesto familiar. En las culturas tradicionales el sexo premarital suele ser desaprobado; en este momento proliferan las relaciones sexuales de hombres mayores con mujeres jóvenes ("sugar daddies", profesores con sus alumnas) y aumenta la violencia sexual. En Suráfrica una mujer es violada cada 26 segundos, considerándose la tasa más alta del mundo.

A pesar de que la transmisión heterosexual es la más importante en Africa, es muy posible que también ocurra transmisión homosexual, pero las relaciones sexuales entre hombres han sido tradicionalmente repudiadas entre las sociedades africanas y es posible que se mantengan ocultas. Aunque los jóvenes están recibiendo mayor educación sexual y sobre prevención de VIH, siguen teniendo las tasas más altas de infección. Encuestas realizadas entre los jóvenes han revelado que muchos de ellos consideran que el uso de condones amenaza la confianza en las relaciones de pareja, muchas mujeres sienten tener poco poder para persuadir a sus compañeros mientras que la coerción de ellos es fuerte; aunque muchos jóvenes dicen preferir la abstinencia o la monogamia, la presión de los pares suele ser muy fuerte. Los hombres y las mujeres jóvenes mezclan nueva sexualidad más liberada con conceptos y actitudes conservadores de sus culturas que los llevan a asumir comportamientos sexuales de riesgo para adquirir la infección por VIH.

LA PREVENCIÓN ES POSIBLE

La epidemia tiene diversas características en las diferentes regiones del mundo, de acuerdo a los comportamientos individuales de riesgo frente a la infección en un contexto social que aumenta la vulnerabilidad a la infección.

Las campañas de prevención también deben estar diseñadas teniendo en cuenta el marco social y conociendo a fondo los comportamientos de riesgo en determinada comunidad. Cada organización social tiene la obligación de diseñar sus propios programas de acuerdo a sus circunstancias para lograr los efectos deseados. En el mundo existen algunos ejemplos que han demostrado la eficacia de campañas de prevención que buscan cambios de comportamiento individuales facilitados por un contexto social.

En Senegal la respuesta del gobierno ante la epidemia de VIH fue rápida, amplia y planificada, con apoyo religioso y comunitario, basada en la educación sexual en primaria y secundaria, en el tratamiento accesible de las enfermedades de transmisión sexual y en la promoción para el uso masivo del condón. Los resultados se observan en una prevalencia baja de infección por VIH en el país y en aumento de prácticas sexuales seguras. Por ejemplo, 40% de las mujeres y 60% de los hombres de 15 a 24 años usaron condón en su última relación sexual con un compañero ocasional, en comparación con 15% de los hombres mexicanos y 21% en Zimbabwe.

En Tailandia la epidemia se diseminó rápidamente. En 1988 las tasas de infección en consumidores de drogas en Bangkok subieron de 0% a 30% en un lapso de seis meses y en 1989, se detectó que 44% de las trabajadoras sexuales de Chiang Mai estaban infectadas. Se encontró además que una importante proporción de hombres mantenía relaciones sexuales con ellas. El problema se discutió e informó ampliamente a la población general. A pesar de que la prostitución es ilegal, el Estado negoció con los propietarios de los establecimientos para implantar el uso del condón. Simultáneamente se fomentó el respeto a la mujer y se ofrecieron mejores oportunidades educativas y laborales a las jóvenes, permitiéndoles otras opciones de vida diferentes al trabajo sexual.

Los resultados de estas estrategias se traducen en cambios de comportamiento sexual en los jóvenes reclutados para el ejército, en disminución de las visitas a los prostíbulos, en reducción en la incidencia de enfermedades de

transmisión sexual y en aumento en el uso de condón en las relaciones con trabajadoras sexuales.

Uganda ha reducido la prevalencia de la infección por VIH a la mitad con su decidida respuesta política frente a la epidemia. Los primeros 17 casos de síndrome de desgaste asociado a sida se reportaron en 1983 y en 1987 se encontró que 25% de los militares y 30% de la población general se encontraba infectada por el virus. A pesar de la pobreza, el presidente Yoweri Museveni respondió en forma rápida y decidida en contra de la diseminación del virus, con campañas masivas de prevención y con investigación en salud con apoyo de organismos internacionales.

Puesto que la terapia antirretroviral está fuera del alcance económico del país, las intervenciones que se han adoptado son: diagnóstico y tratamiento oportunos de las otras enfermedades de transmisión sexual, las cuales aumentan la posibilidad de transmisión del VIH, consejería amplia para disminuir la vulnerabilidad de las personas, acceso amplio a las pruebas de detección de VIH con asesoría, educación y énfasis en medidas de prevención, investigación científica permanente, por ejemplo en el campo de vacunas y en el uso de alternativas menos costosas, como nevirapina, para disminuir la transmisión vertical. En la educación sobre prácticas sexuales más seguras se promulga un ABC: abstinencia, bifidelidad o fidelidad mutua y condones para los que no pueden ceñirse a las anteriores.

Para 1.999, se estimaba que 1.4 millones de los 20 millones de habitantes de Uganda estaban infectados; esto significa una reducción de la prevalencia a 14.5%. Se considera que no existe ningún hogar en Uganda que no haya sido golpeado por la epidemia. Existen miles de historias dramáticas como los de una mujer que perdió a sus tres hermanas a causa del sida y se hizo cargo de la crianza de sus 13 sobrinos huérfanos, o el niño de 8 años que cuidó a su madre hasta su muerte. La región de Africa occidental se encuentra menos afectada.

Además de estas campañas dirigidas a la población general, existen también campañas exitosas dirigidas a grupos vulnerables. Por ejemplo, en Nepal se

hizo un intenso programa de prevención con los conductores de camión que solían tener relaciones no protegidas con trabajadoras sexuales en la carretera, por la creencia de que era necesario, para el cuerpo, liberar el calor acumulado en las travesías, a través del coito. Las campañas de información y de amplia distribución de condones en las carreteras llevaron a duplicación en su uso entre 1994 y 1996.

En Londres, con campañas dirigidas a las comunidades de hombres gay se logró inversión en los hábitos del uso de condón. Hacia 1985 solo uno de cada 10 hombres usaba condón durante su primera relación anal, diez años después la proporción cambió a nueve de cada 10.

En Suiza la campaña "Stop Aids" dirigida a jóvenes ha logrado aumentar el uso de condón con compañeros sexuales ocasionales, entre los hombres y las mujeres menores de 30 años, de 8% en 1987 a 56% en 1995.

ÉTICA DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH

Parece obvio recomendar que las personas infectadas con el VIH notifiquen a sus compañeros sexuales sobre su estado. Sin embargo, en la práctica se encuentran tropiezos por la ansiedad, la vergüenza y el temor al rechazo y a la agresión física y verbal. Además surge la pregunta de si la información debe ser a todos los compañeros sexuales, incluyendo contactos casuales o si se debe restringir al compañero (a) sexual estable (pero además, ¿qué es estable?). De otra parte los mensajes de prevención promueven la autoprotección y el uso amplio del condón para los encuentros sexuales con penetración. Las relaciones sexuales responsables deben ser decisión de la pareja, con el mismo poder de decisión para cada uno con base en información adecuada. En un estudio reciente, se practicó una encuesta a 276 pacientes con VIH atendidos en los hospitales de Boston y Rhode Island. Cuarenta por ciento de los 129

pacientes que habían tenido compañeros sexuales en los 6 meses previos, no revelaron su estado de infección por VIH a todos ellos. Doce por ciento de los 99 individuos con pareja sexual estable no le revelaron su diagnóstico. Las causas invocadas fueron: considerar la revelación muy estresante, temor al abandono, necesidad de elaborar mejor las propias emociones y considerar que el otro no podría soportarlo.

Las enfermedades de transmisión sexual son de adquisición sexual. En el marco de relaciones sexuales consensuales, con empoderamiento similar de las personas que participan, cada persona debería ser responsable y ser capaz de evaluar y evitar el riesgo. Cuando la decisión de protección se deja en manos de otra persona, se puede caer en el papel de víctima.

Algunos autores recomiendan que el coito siempre sea protegido. El concepto de fidelidad, amor y confianza en las relaciones "estables" muchas veces sirve de falsa seguridad y para que no se reconozca la vulnerabilidad ni se adopten las medidas de prevención. ¿Será más realista y más útil, en lo que se refiere a prevención, insistir más en la autoprotección que en la revelación de las personas infectadas o con comportamientos de riesgo?

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

La maternidad en las mujeres que viven con VIH ha estado rodeada de miedo, desaprobación y rechazo. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en 1987 promulgaba que se debía persuadir a las mujeres infectadas con VIH para que no se embarazaran y se debía proveer planificación familiar permanente. En 1990 se reconoció que las mujeres tienen derecho a elegir sobre su reproducción y que su decisión debe respetarse, ofreciendo toda la información disponible.

El riesgo de transmisión del VIH de una mujer infectada a su hijo, vinculado al embarazo, al parto y a la lactancia sin ninguna intervención es de 15 a 40%.

En países industrializados las tasas de transmisión en poblaciones sin ninguna intervención pero sin uso de leche materna es de 14 a 32%, mientras que en países pobres como Africa, en donde se mantiene la lactancia materna se informan tasas hasta de 40% a 50%. La transmisión puede ocurrir a través de la placenta durante el embarazo, durante el parto o a través de la leche materna. El protocolo ACTG 076 publicado en 1994 demostró que el uso de zidovudina en la mujer con infección por VIH durante el embarazo, la aplicación de zidovudina intravenosa durante el parto y la administración de zidovudina al recién nacido durante seis semanas, reduce el riesgo de transmisión del VIH de 25.5% con placebo a 8.3% (reducción altamente significativa de 67%). Estudios posteriores han confirmado estos datos.

Estudios recientes han demostrado que la cesárea programada adicionada al esquema de zidovudina mencionado puede reducir aún más la transmisión materna hasta valores de 2%. Sin embargo, la utilización de terapias antirretrovirales combinadas durante el embarazo que incluyan zidovudina durante el embarazo, el parto y al recién nacido y que logren cargas virales maternas indetectables en forma constante, deben reducir la transmisión a menos de 2% y teóricamente hasta valores cercanos a 0%.

Por lo tanto, en los países desarrollados se recomienda que las mujeres embarazadas reciban asesoría para informarles sobre las ventajas y desventajas de la prueba para VIH, para que las mujeres infectadas puedan tomar decisiones sobre intervenciones que reduzcan el riesgo de transmisión a sus hijos, como son la terapia antirretroviral y evitar la lactancia materna y para que las mujeres no infectadas puedan reconocer su vulnerabilidad y decidir sobre las medidas de prevención . Las mujeres deben tener la posibilidad de rechazar la prueba sin ninguna represalia contra ellas ni sus hijos.

Las pruebas obligatorias vulneran la autonomía y disminuyen la asistencia a controles prenatales por el temor a la discriminación y a la coacción. En diversos estudios se ha confirmado que con una consejería con información adecuada, con garantía de la confidencialidad y del acceso a la atención de

salud, 90 a 95% de las mujeres embarazadas otorgan su consentimiento para la prueba.

En algunos países se ha optado por examen rutinario con notificación y derecho de la mujer a rechazar la prueba. Tiene las ventajas de eliminar la asesoría que es más dispendiosa, evitar discusiones embarazosas sobre riesgos y reducir el estigma al convertirla en una práctica universal. Las principales desventajas se basan en la falta de un verdadero consentimiento informado de la mujer y en la pérdida de una valiosa oportunidad para discutir ampliamente el tema del riesgo y la prevención de la infección por VIH.

Pero, ¿qué ocurre en países pobres, en donde el acceso al control prenatal es limitado, no existen servicios adecuados de asesoría ni de apoyo social, no hay acceso a los medicamentos antirretrovirales costosos y no hay alternativas adecuadas y seguras para la lactancia materna? La respuesta es simple y cruel: nacen niños infectados con pocas esperanzas de sobrevida.

En búsqueda de alternativas menos costosas y de más fácil acceso para los habitantes del tercer mundo en la prevención de la transmisión vertical, se han llevado a cabo estudios muy controvertidos desde el punto de vista ético en países en vías de desarrollo. En Tailandia se demostró una disminución de 50% en el riesgo de transmisión con la aplicación de un régimen acortado de zidovudina desde la 36ª semana de embarazo y por vía oral durante el parto, sin administración al recién nacido y en mujeres que no lactaron a sus hijos, en comparación con placebo (a pesar de ya conocerse los datos de la utilidad del protocolo 076). El riesgo de transmisión fue de 9.4% con el esquema corto de zidovudina versus 18.9% con placebo.

En Abidjan se realizó un ensayo similar pero con mujeres que dieron leche materna a sus hijos: la reducción del riesgo solo fue de 37% a los 6 meses.

El estudio Petra realizado en Uganda, Tanzania y Suráfrica incluyó 1447 mujeres embarazadas, infectadas con VIH, quienes lactaron a sus hijos en una

proporción de 25% a 100% y tratadas con la asociación de zidovudina y lamivudina en diferentes modalidades. En quiénes recibieron los medicamentos desde la 36ª semana de embarazo, durante el parto y el recién nacido durante una semana, la tasa de transmisión a las seis semanas fue de 7.8%; con tratamiento intraparto y en el recién nacido por una semana, la tasa fue de 10.2%; con tratamiento intraparto únicamente fue de 15.7% y con placebo fue de 16.5%.

El estudio más reciente comparó un corto curso de zidovudina durante el parto y una semana al recién nacido con nevirapina en dosis única a la madre al inicio del trabajo de parto y al recién nacido en las primeras 72 horas de vida. La gran mayoría de las madres lactaron a sus hijos. La tasa de transmisión a los 3 días en ambos grupos fue de 10% con zidovudina y de 8% con nevirapina. A los 4 meses fue de 25% en el grupo de zidovudina (similar al placebo) y de 13% en el grupo de nevirapina. Se presenta como una alternativa menos costosa, especialmente útil para los países en vías de desarrollo.

DISCUSIONES ÉTICAS SOBRE ALGUNOS ESTUDIOS EN PACIENTES CON VIH-SIDA REALIZADOS EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

En 1932 se inició en Tuskegee, Alabama, Estados Unidos, un estudio para observar la historia natural de 400 hombres de raza negra con diagnóstico de sífilis, sin ofrecerles información sobre la enfermedad ni tratamiento. En 1933 se hicieron cambios para mejorar la validez del estudio y se formó un grupo control de 200 hombres, quienes eran simplemente observados periódicamente sobre la evolución de su enfermedad. El estudio continuó a pesar de que en 1943 surgió la penicilina como tratamiento eficaz para la sífilis y de que en 1951 nadie dudaba sobre su clara indicación terapéutica para el tratamiento de esta enfermedad. Los pacientes no recibieron el tratamiento que podía curar su enfermedad y ni siquiera fueron informados sobre su enfermedad ni sobre la posibilidad de tener tratamiento efectivo.

En 1972, Jean Heller publicó en los diarios un artículo sobre el estudio y la reacción de indignación no se hizo esperar, conduciendo a la creación de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica. Se publicó el informe Belmont, en el cual se esbozan los tres principios básicos de la bioética: el respeto a la autonomía basada en el consentimiento libre e informado, la beneficencia basada en el análisis juicioso y ponderado de los riesgos y beneficios del estudio a favor de estos últimos y la justicia que garantice una selección equitativa de las muestras, sin discriminación. Este informe sirvió de base para la declaración de Helsinki que reglamenta las normas para la investigación biomédica y la necesidad de aprobación por comités de ética.

En el campo de la investigación con pacientes con infección por VIH y sida han surgido debates importantes sobre los fundamentos éticos de estudios realizados en países en vías de desarrollo, en los cuales los participantes son asignados a grupos control en los cuales no reciben ninguna intervención sino que son simplemente observados (situación que parece recordar el estudio de Tuskegee), a pesar de existir procedimientos terapéuticos eficaces pero no accesibles a estas comunidades por los costos y las situaciones de salud.

Una de las principales controversias se centra alrededor de estudios realizados en países en vías de desarrollo para investigar intervenciones que disminuyan la transmisión vertical del VIH, en los cuales se incluyen grupos placebo, a pesar de que desde 1994 está establecido que la intervención con zidovudina durante el embarazo, el parto y al recién nacido, impide la transmisión del VIH en dos tercios de los casos. Esta intervención se recomienda para todas las mujeres embarazadas infectadas con el VIH, pero se encuentra fuera del alcance económico de la mayoría de las mujeres infectadas en el mundo.

El costo de esta intervención se estima en 800 dólares por paciente, mientras que en los países de Africa subsahariana la cuota anual para atención en salud per cápita no alcanza los 10 dólares. Por lo tanto, es indispensable encontrar regímenes igualmente eficaces pero menos costosos. Los regímenes cortos

utilizados en Tailandia redujeron los costos a 80 dólares, monto que sigue siendo inaccesible para la mayoría. El esquema más reciente con nevirapina tiene un costo de 4 dólares, el cual tendría más posibilidad de ser implementado.

En una reunión de la OMS en Ginebra se concluyó que el diseño más adecuado para evaluar otros regímenes era un estudio controlado con placebo. ¿Pero el uso de placebo es una opción ética? A partir de 1994 se han realizado dos estudios de profilaxis de la transmisión perinatal de VIH en Estados Unidos; todas las personas del estudio han tenido acceso al tratamiento con zidovudina o con otros antirretrovirales. En cambio en 15 de 16 estudios realizados en países subdesarrollados como Uganda, Costa de Marfil, Tanzania, Sur Africa, Tailandia, Malawi, Burkina Faso, Etiopía, Zimbabwe, Kenya y República Dominicana, algunos o todos los sujetos de investigación han recibido placebo. Nueve de estos estudios han sido patrocinados por el gobierno de Estados Unidos a través del CDC o del Instituto Nacional de Salud, 5 por otros gobiernos y uno por Onusida.

En la discusión de estos trabajos hay puntos de acuerdo entre sus defensores y opositores: la transmisión vinculada al embarazo y al parto del VIH es un problema importante, especialmente en los países en vías de desarrollo, que merece atención internacional; el estudio ACTG 076 constituye un hito en la prevención de la transmisión perinatal, pero la intervención es costosa y está fuera del alcance actual de la mayoría de mujeres embarazadas infectadas con el VIH; el hallazgo de intervenciones eficaces de menor costo es una necesidad; estas intervenciones podrían encontrarse mediante estudios aleatorios bien diseñados y es importante realizar estos estudios en las condiciones propias de los países en vías de desarrollo.

El punto de desacuerdo radica en si es lícito o no buscar estas intervenciones menos costosas comparándolas con ninguna intervención, a sabiendas que en estos grupos muchos recién nacidos van a sufrir una enfermedad que se hubiera podido evitar.

Argumentos a favor de los grupos placebo indican que en estos países el protocolo 076 de zidovudina es simplemente inaccesible; por lo tanto la

necesidad para estas personas es saber si cualquier régimen es mejor al que se aplica en la realidad actual (es decir, ninguno). De esta forma los datos obtenidos de la investigación serían relevantes para determinada comunidad en sus propias condiciones.

De otra parte, es bien conocido que la lactancia materna aumenta en 15% el riesgo de transmisión vertical del VIH a los recién nacidos. Sin embargo, en muchos países es absolutamente imposible el cambio a leche de fórmula por los costos y por la falta de agua potable, lo cual sometería a los recién nacidos a un mayor riesgo de muerte por enfermedad diarreica aguda que por la infección por VIH. La mayoría de estudios tampoco han intervenido en la lactancia materna a pesar de que se reconoce su eficacia en la prevención porque es una medida no sostenible en estos países y los datos del estudio no tendrían relevancia en las circunstancias usuales del grupo social.

Aunque no nos guste, la injusticia en la distribución de las riquezas entre los países y entre los miembros de una comunidad son la realidad del mundo actual. ¿Los investigadores deben esperar la utopía de que se acaben las injusticias? o ¿pueden realizar estudios que puedan aportar respuestas eficaces que contribuirán a reducir la injusticia? teniendo en cuenta las situaciones reales, con la aceptación informada de los que participan en el estudio y con revisión por comités de ética del sitio donde se llevará a cabo el estudio y con el compromiso de que si la intervención es costo-efectiva se hará todo lo posible para ponerla a disposición de la comunidad.

En un estudio realizado en el presente año 2.000 por las Universidades Johns Hopkins de Boston y de Columbia en Nueva York y la Universidad de Makerere en Uganda, se observaron, durante 30 meses, 415 parejas en Uganda en las cuales uno de los miembros era positivo para VIH y el otro era seronegativo (parejas serodiscordantes para VIH). En Uganda no hay acceso a medicamentos antirretrovirales y por lo tanto, los individuos del estudio no los recibieron. Se hicieron medidas repetidas de las cargas virales y se repitieron periódicamente las pruebas serológicas a la pareja negativa. Al final del estudio,

90 compañeros seroconvirtieron, especialmente los cónyuges de pacientes con cargas virales elevadas. No hubo seroconversiones entre los 51 compañeros de pacientes con cargas virales inferiores a 1.500 copias por ml.

Este estudio fue aprobado por 5 comités de ética, uno de ellos de Uganda. Las preguntas éticas que surgen son las siguientes: En este estudio, los investigadores observaron la evolución sin tratamiento de una infección en la cual la evidencia científica ha demostrado la eficacia y la seguridad de la intervención terapéutica. De otra parte, los investigadores tampoco se aseguraron de que el cónyuge fuera informado sobre la infección y el riesgo de transmisión, sino que simplemente recomendaron a los pacientes que les informaran. Las respuestas de los investigadores a estas dos preguntas son: ellos no administraron antirretrovirales a los pacientes infectados porque es un tratamiento insostenible económicamente en Uganda, por lo tanto consideran que estaban obligados a dar el mejor tratamiento disponible en el país donde se realizó el trabajo y no al mejor tratamiento posible disponible en el mundo desarrollado.

Se ponen sobre el tapete otras preguntas: ¿Hasta dónde llega la responsabilidad de los investigadores con sus sujetos de estudio? ¿Los estándares de ofrecer el mejor tratamiento posible a los individuos de investigación cambian según el estado socioeconómico de las poblaciones? ¿En países subdesarrollados se pueden realizar estudios que serían éticamente y legalmente inadmisibles en países desarrollados?

Para algunos la responsabilidad de los investigadores para con sus sujetos se puede equiparar a la responsabilidad del médico para con sus pacientes. No solamente se trata de no hacer daño en un marco de justicia con todos los participantes en el estudio, sino que también se debe propender por la beneficencia, en un marco de decisión autónoma bien informada. Por lo tanto, independientemente de donde se realice el estudio, se deben asegurar los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles, según los lineamientos de la declaración de Helsinki.

Sin embargo, para otros la obligación sólo llega hasta ofrecer las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles en la comunidad donde se realiza la investigación. Sin embargo, estas afirmaciones llevan al temor de que se motive una explosión de investigaciones en el mundo en vías de desarrollo dirigidas a reducir costos, las cuales serían éticamente inaceptables en los países industrializados, sin la debida protección de los derechos de los individuos.

La ética de la investigación puede analizarse con base en principios de costo-efectividad (utilitarismo), de justicia distributiva, de protección de derechos individuales y del compromiso del investigador con los sujetos individuales. En los casos difíciles que hemos mencionado, el análisis bioético de cada caso individual con base en la metodología principialista, nos podría permitir de pronto encontrar excepciones para evitar un mal mayor (o escoger un mal menor), pero a la luz de una amplia justificación por los beneficios que se podrían derivar de la intervención en la población del estudio y garantizando la participación libre e informada de los sujetos y el compromiso de los investigadores por encontrar las opciones más adecuadas en el contexto del experimento.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo busca hacer un recorrido por algunos aspectos psicocociales y éticos relacionados con la infección por VIH-sida que permitan una mejor comprensión y un mejor análisis de la epidemia. Es un tema que cada uno de nosotros debemos enfrentar y en el cual tenemos la obligación de aportar un granito de arena para contribuir en la prevención y en la reducción de las injusticias alrededor de la enfermedad. Se plantean diversos dilemas éticos, tales como el comportamiento sexual, las inequidades de género, la justicia distributiva, la vulneración de derechos humanos y la validez ética de los estudios de investigación, especialmente en países en vías de desarrollo.

Espero haber logrado llamar la atención sobre algunos de los problemas relacionados con las personas que viven con VIH o sida y soy consciente que he dejado muchas más preguntas que respuestas. Ojalá, estas últimas vayan apareciendo en beneficio de todos.

REFERENCIAS

ONUSIDA. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. *La epidemia de sida: situación en diciembre de 1999.*

EZZELL C. Care for a dying continent. *Scientifican American* 2.000; may: 72-81.

BOYLE BA. HIV in developing countries: A tragedy only starting to unfold. *Aids reader 2.000*; 10: 77-79.

ONUSIDA. *El Sida en Africa*, Johannesburgo, 1998.

ONUSIDA. *Directrices sobre el VIH-sida y los derechos humanos.*

ONUSIDA. *Discriminación y VIH-SIDA*. Ginebra, Suiza, Agosto 1996.

ZUÑIGA J. Uganda and Unaids advance a bold experiment. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care 1999*; 5: 48-60.

National Institutes of Health. Interventions to prevent hiv rik behaviors. NIH Consensus Statement 1997; 15: 1-30.

ONUSIDA. *Hiv prevention needs and successes: a tale of three countries.* NIH, Bethesda, 28 april 1999.

ONUSIDA. *El sida: los hombres marcan la diferencia*, Nueva Delhi, 6 de marzo de 2000.

BAYER R. Aids prevention-Sexual ethics and responsability. *New England Journal of Medicine 1996*; 334: 1540-1542.

STEIN M et al. Sexual ethics. Disclosure of HIV-positive status to partners. *Archives of Internal Medicine 1998*; 158: 253-257.

ONUSIDA. *Gender and HIV/AIDS: Taking stock od research and programas.*

LEVINE A. HIV disease in women. *HIV Clinical Management 1999*; 9 Medscape. Inc.

KLIRSFELD D. Hiv disease and women. *Medical Clinics of North America 1998*; 82: 335-357.

World health Organization. Voluntary Counselling and testing for HIV infection in antenatal care: Practical considerations for implementation. January 2.000. http:/ /hivinsite.ucsf.edu/

MAC DOUGALL DS. Global strategies for the prevention of vertical hiv transmission. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care 1997*; dic: 18-26

NACKCHBANDI IA et al. A decision analysis of mandatory compared with voluntary HIV testing in pregnancy women. *Annals of Internal Medicine 1998*; 128: 760-767.

COOPER E. HIV disease in pregnancy. Ethics, law an policy. *Obstetrics and Gynecology Clinics 1997*; 24: 1-12

DE COCK KM et al. Prevention of transmission of mother to child HIV. Transmission in resource-poor countries. *JAMA 2.000*; 283: 1175-1182.

LEVINE AM. Mother to child HIV transmission and its prevention. September 8, 2000. http://www.medscape.com

MMWR 2000; 47 (No RR-2). U.S. Public Health service task force Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women for maternal health and reducing perinatal HIV-1 transmission in the United States.

LEVINE RJ. The need to revise the declaration of Helsinki. *New England Journal of Medicine 1999*; 341.

ANGELL M. Investigators'responsabilities for human sujects in developing countries. *New England Journal of Medicine 2000;* 342.

ANGELL M. The ethics of clinical research in the third world. *New England Journal of Medicine 1997*; 337

LURIE P. Unethical studies of interventions to reduce perinatal transmission of HIV in developing countries. *New England Journal of medicine 1997*; 337.