



Investigación Clínica
ISSN: 0535-5133
Universidad del Zulia

Larreal, Yraima
VIH-SIDA en el Tercer Mundo.
Investigación Clínica, vol. 59, núm. 2, 2018, Abril-Junio, pp. 105-106
Universidad del Zulia

DOI: <https://doi.org/10.22209/IC.v59n2a00>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372960175001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

EDITORIAL

VIH-SIDA en el Tercer Mundo.

Después de más de 30 años del inicio de la epidemia producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el mundo, en países desarrollados se habla de epidemia controlada y la investigación prioriza la búsqueda de vacunas, sin embargo en algunos países de África, América Latina y el Caribe, el escenario es muy diferente.

Los patrones epidemiológicos del primer y tercer mundo difieren, por lo tanto las políticas de prevención no pueden ser globales. Los programas de educación y prevención muchas veces no están adaptados al entorno y cultura de las poblaciones donde son aplicados, los factores predisponentes a la infección son diferentes, y las estrategias de control deberían ser evaluadas y adaptadas a grupos más afectados, inclusive acordes a la etnicidad. Si los jóvenes son un grupo predilecto para la educación y prevención, el énfasis en este aspecto debiera ser para los países jóvenes donde este grupo de edad, es predominante. En el primer mundo la mayor prevalencia es en individuos homosexuales y usuarios de drogas endovenosas, en países subdesarrollados prevalece entre los jóvenes y heterosexuales, con el preocupante aumento en mujeres, lo que aleja la posibilidad de erradicación de la transmisión maternoinfantil del VIH y por ende la enfermedad de los principales inocentes de esta gran pandemia, los niños, muchos de ellos, en orfandad por esta misma causa.

Aunque las nuevas infecciones por VIH y las muertes relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) han disminuido en el mundo y ONUSIDA vislumbra el final de la pandemia (1), el VIH continúa propagándose a gran velocidad y el

número de nuevas infecciones difiere considerablemente de un país a otro, aunado a esto, la tendencia al ascenso muchas veces esta oculta en el subregistro de algunos países, y por mucho que se recomiende mejorar la recopilación y análisis de los datos, desde el punto de vista político, no conviene mostrar la desalentadora realidad. Lo más lamentable es que la gran epidemia prevalece en los márgenes de las sociedades, donde la brecha social es más acentuada, y además de afectar a los grupos vulnerables ya conocidos, está afectando a núcleos muy frágiles que no han sido tomados en cuenta hasta ahora, está afectando considerablemente a algunos grupos indígenas de Latinoamérica (2). En muchos de estos grupos, la mortalidad está siendo reportada por tuberculosis, pero detrás de ella está la inmunodeficiencia adquirida por el VIH, la desnutrición y la miseria.

La detección temprana de nuevos casos, que es pieza clave para el control, es obstaculizada por la falta de reactivos para el diagnóstico y el temor a la discriminación. Mientras que en algunos países se cuenta con pruebas para tamizaje que incluyen la detección de antígeno-anticuerpo para diagnóstico precoz, desde las más sencillas como las realizadas con muestras de saliva, hasta plataformas moleculares de diagnóstico rápido de gran confiabilidad ofrecidos gratuitamente en puntos de control extra hospitalarios; existen lugares sin ningún tipo de reactivos, ni siquiera para el descarte en mujeres embarazadas.

El acceso a la terapia antirretroviral (TARV), necesaria para evitar el avance hacia la fase SIDA y para disminuir la transmisibi-

lidad, lo cual a su vez disminuiría morbimortalidad y costes de servicio por esta causa, en los países subdesarrollados está muy lejos de llegar al 90% de los infectados que es la meta de tratamiento para el año 2030 (3). Si bien en los países desarrollados se tiene acceso a fármacos con mayor efectividad y menos efectos adversos, en países como Venezuela, la disponibilidad de los medicamentos es muy limitada y discontinua, con muy pocas posibilidades para pruebas de seguimiento como carga viral, que evidencien la eficacia de los mismos. Además, la imposibilidad en los actuales momentos de realizar pruebas de resistencia a antirretrovirales dificulta la evaluación de mutaciones virales que pudiesen estar incrementando la variabilidad genética del VIH y limitando la efectividad de la TARV disponible en el país. Debemos

tomar en cuenta que cambios en cualquier nación pueden afectar al mundo entero.

En los países lastimosamente llamados del tercer mundo, como si de clasificación de clases se tratara, además de las dificultades económicas de algunos de ellos para resolver sus problemas sanitarios, están añadidos los aspectos de carácter sociopolítico y cultural. El verdadero compromiso para control de la pandemia es la confrontación de los problemas que contribuyen a su disseminación, como son la pobreza, la inequidad social y la discriminación. No se puede vivir a espaldas de la realidad. Cuando el verdadero encuentro entre los mundos sea una realidad, y dejen de diferenciarse los seres humanos, también disminuirán las enfermedades infecciosas endemoepidémicas en el mundo.

Yraima Larreal

HIV-AIDS in the Third World

While in developed countries there is talk of a controlled HIV infection epidemic and research prioritizes the search for vaccines, the scenario is very different in Africa, Latin America and the Caribbean. The epidemiological patterns of the first and third world differ; the prevention programs must be adapted to the environment and culture of each population. HIV / AIDS, in addition to affect already known vulnerable groups, is also affecting very fragile nucleus, including women and indigenous people, and many times there is no diagnostic test, even for pregnant women. In countries such as Venezuela, the availability of drugs is very limited and discontinuous, consistent with viral mutations and resistance. When the true encounter between the worlds is a reality, and human beings cease to differentiate, we can eradicate many endemoepidemic diseases.

1. **Informe ONUSIDA 2017.** <http://www.unaids.org/es/statementarchive/2017/november/Informe>.
2. **Rangé H, Maes M, Villalba J, Sulbarán Y, De Waard J, Bello G, Pujol F.** Evidence of at least two introductions of HIV-1 in the Amerindian Warao population from Venezuela. 2012. PLoS ONE 7(7): e40626. doi:10.1371/journal.pone.0040626.
3. **90-90-90: Tratamiento para todos. ONUSIDA - unaids.** <http://www.unaids.org/es/resources/909090>