



Revista MVZ Córdoba

ISSN: 0122-0268

editormvzcordoba@gmail.com

Universidad de Córdoba

Colombia

Luque Núñez, Ricardo

Estrategias de prevención eficaces en países con Sida de baja prevalencia

Revista MVZ Córdoba, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre, 2004, pp. 477-481

Universidad de Córdoba

Montería, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69390221>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estrategias de prevención eficaces en países con Sida de baja prevalencia

Ricardo Luque Núñez, MD. Ministerio de la Protección Social. E-mail:rluque@minproteccionsocial.gov.co

Ante el creciente número de personas afectadas por el VIH / SIDA en el mundo, y frente a los siempre escasos recursos en salud para combatir la epidemia, se hace inaplazable rescatar las lecciones aprendidas. Son muchas las estrategias que han impactado positivamente el perfil de la epidemia en ciertas regiones o países, de forma que vale la pena

intentar su aplicabilidad en nuestro medio.

Para finales del 2003 se estima que en el mundo puede haber entre 34 y 46 millones de personas infectadas por el VIH o con SIDA. Las regiones más afectadas son el África Subsahariana y el Asia Meridional.

Número estimado de adultos y niños viviendo con el VIH/SIDA a fines de 2003



Fuente: ONUSIDA. Global summary of the HIV/AIDS epidemic, December 2003

De acuerdo con el cálculo de prevalencias estimadas se puede decir que 16 países cuentan con prevalencias, superiores a un 10%, todos ellos en África Subsahariana, 8 países, también del África subsahariana, cuentan con prevalencias entre el 5% -10%, existen 28 países que están entre el 1% -5% y en 119 países este indicador está por debajo del 1% (Resto del mundo).

Sin embargo, varios países vecinos cuentan con prevalencias que superan el 1%. Por ejemplo, en la región de Caribe y Centroamérica, Haití tiene una prevalencia de 5.1%; Bahamas del 4.1%; Guyana está en 3.1%; República Dominicana en 2.8%; Honduras en 1.9 % y Panamá en 1.5%.

Colombia para el año 2002 contaba con una prevalencia estimada de 0.4% por lo que en el Plan Estratégico del Sector Salud se establecieron las siguientes metas:

- Mantener la prevalencia general de infección por VIH por debajo de 0.5% y reducir en un 20% la infección perinatal por VIH/SIDA.
- Reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos.

En consecuencia, no es difícil inferir que el país requiere redoblar los esfuerzos liderados desde salud pública, para fortalecer las áreas de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de las ITS- VIH / SIDA. No obstante lo anterior, es bueno recordar que dada la complejidad de aspectos que hacen que las personas o los países incrementen su vulnerabilidad a la infección, se requiere de la participación de otros sectores y no solamente del sector salud para lograr responder adecuadamente a la epidemia. Por lo mismo, es necesario sistematizar y aprender de la experiencia de aquellos lugares que han recorrido caminos que han demostrado ser útiles para la prevención.

Los autores del texto *«Estrategias de Prevención Eficaces. cuando la prevalencia de la Infección es baja»* Publicado en febrero de 2003 por USAID, Proyecto Impact, Family Health International, OPS y ONUSIDA, plantean que cuando la prevalencia de un país está por debajo del 1%, se pueden implementar acciones concretas que redundarán en una mejor utilización de los escasos recursos disponibles y en un mejor impacto de las intervenciones sobre la pandemia de SIDA.

El primer paso es reconocer que existe una serie de retos a ser superados, como lo son una baja prioridad política, la presencia de barreras culturales y religiosas que impiden el diálogo abierto sobre sexualidad o drogas, la falta de datos confiables sobre la dimensión de la epidemia, el hecho de que se ignora a los grupos más afectados, en pos de las masas, dado que esto puede tener mayor rentabilidad política. A su vez, hay una falta de percepción del riesgo, secundaria a invisibilización u ocultamiento de las realidades locales de la epidemia. Por último, es necesario reconocer que, dado que no hay soluciones a corto plazo, el impacto de las intervenciones puede tardar años.

Por otra parte, es hay que tener en cuenta ciertos determinantes que influyen en la expansión de la epidemia como pueden ser el tamaño de la población sujeta a riesgo. Por ejemplo, es pertinente estimar el número de personas en situación de prostitución o de hombres que tienen sexo con hombres y determinar el tamaño de la población joven, entre otras. Cuentan igualmente, el tipo y frecuencia de los comportamientos de riesgo en grupos de población clave, la presencia de ITS, principalmente de tipo ulcerativo, el grado de adopción de comportamientos que protegen del VIH y la presencia de poblaciones puente entre grupos de población clave para la transmisión, como lo pueden ser la población bisexual o las parejas de usuarios de drogas intravenosas.

Dado que, por lo general las personas en riesgo de infección, pueden mantener muchas relaciones sexuales o comportamientos de riesgo antes de percatarse de que están infectadas y que las mismas personas en caso de infectarse pueden transmitir el virus prácticamente desde el inicio de la infección, se hace prioritario alcanzar a dichas poblaciones con medidas preventivas de carácter urgente (condones) y focalizar acciones hacia aquellos que tienen más posibilidad de adquirir o transmitir la infección, (poblaciones vulnerables).

Siempre es necesario recordar que el SIDA no depende tanto de o que uno sea como de lo que uno haga y que la expansión o control de la epidemia está determinada por razones de tipo histórico (momento del caso índice), geográfico (prevalencia de la infección en un lugar dado), cultural (factores de vulnerabilidad como el machismo, intolerancia hacia los hombres que tienen sexo con hombres), político (prioridad, alcance de las intervenciones), o social (recursos disponibles, acceso a servicios de salud y educación, etc.).

Para definir el tipo de intervención que pueda ser de mayor eficacia, ONUSIDA ha propuesto un esquema de clasificación de la epidemia en tres categorías:

- Epidemia incipiente o de bajo nivel (ONUSIDA): Prevalencia general de la infección por debajo del 1% con poblaciones vulnerables con prevalencia menor del 5 %.
- Epidemia concentrada: Poblaciones vulnerables con prevalencia mayor del 5% y baja en el resto de la población.
- Epidemia generalizada: Alta en las personas con mayor vulnerabilidad y donde el 5% o más de las mujeres que reciben atención prenatal se encuentran infectadas.

Sin embargo esta clasificación que ayuda a proponer estrategias de intervención en países o regiones tiene que ser considerada en detalle al planear actividades para comunidades o localidades específicas. Se ha visto que en comunidades separadas apenas por unos cuantos kilómetros hay diferencias enormes entre los tipos de comportamiento y en consecuencia en la prevalencia de la epidemia. La pregunta que surge entonces es: ¿Cuántas subepidemias tenemos? ¿De qué magnitud?

Adicionalmente, una prevalencia baja puede significar una de varias cosas o todas a la vez: que los miembros de la población no tienen comportamientos de riesgo; que los programas de prevención tienen éxito; que el virus aún no ha infectado a una masa crítica de la población o que el sistema de vigilancia no se ha usado bien en lugares clave.

Es prioritario implementar sistemas de vigilancia a comportamientos que, más allá del indicador biológico (casos de infección por VIH o de muerte por SIDA), den una real aproximación de los factores que están incidiendo en que la epidemia crezca o disminuya. Si las personas tienen comportamientos de riesgo que no se están registrando es difícil dirigir los programas y se pierde la oportunidad de reducir el riesgo de infección antes de que el virus se propague explosivamente en una población. En consecuencia, concluyen los autores del documento, la vigilancia de comportamientos es indispensable en los países donde la prevalencia es baja.

Por otra parte, la responsabilidad de la prevención y control de la epidemia tiene varios niveles de actuación. Al Estado y los gobiernos les corresponde

generar un marco político donde diversos sectores se involucren. Entre otros, justicia, trabajo, comunicaciones, educación y salud, tienen un rol fundamental en la prevención y control del SIDA. Corresponde igualmente al Estado garantizar los derechos humanos fundamentales y generar el marco normativo adecuado para la prevención de la epidemia. (Decreto 1543, Acuerdos del CNSSS, Res. 412, Circular 052). A nivel de entorno social se requiere que exista la suficiente disponibilidad de condones y que se implementen las medidas de bioseguridad, mientras que a nivel individual se debe corresponder con una adecuada toma de decisiones y adquirir las destrezas relacionadas.

Corresponde a los programas preventivos tener la sensibilidad suficiente para entender las formas de comportamiento y saber abordar el tema desde una perspectiva holística que considere que al SIDA como una eventualidad a evitar en el proyecto de vida. Por lo mismo, se deben considerar los diversos determinantes de la salud y factores de vulnerabilidad, de forma que se logren direccionar los procesos de prevención de manera eficaz. Igualmente, se debe propiciar la participación comunitaria de las poblaciones a riesgo, incluyendo a las personas viviendo con el virus.

Como fundamento preventivo, se debe apuntar a fortalecer los procesos de comunicación para el cambio de comportamiento, para lo cual se requiere: Determinar dónde está realmente el riesgo, focalizar hacia los grupos más vulnerables, realizar investigaciones de tipo cualitativo que permitan comprender el riesgo, las barreras y la motivación para la protección, a la vez que se reconocen realidades sociales como el intercambio frecuente de parejas, las relaciones entre personas del mismo sexo o el comercio sexual. Igualmente, es necesario responder a expectativas y necesidades de la población blanco, propiciar la participación de los grupos afectados y tener la mira siempre puesta en la reducción del estigma y la discriminación.

En forma paralela los programas exitosos llevarán a cabo actividades que involucren a las mujeres sexualmente activas, elaborarán programas de largo plazo dirigidos a otras poblaciones vulnerables, con caracterización de los contextos, fortalecerán los sistemas de vigilancia que incluyan vigilancia a los comportamientos y movilizarán recursos adicionales para dar sostenibilidad y permanencia al trabajo.

ESTRATEGIAS CLAVE EN GRUPOS DE POBLACIÓN ESPECÍFICOS

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantean formas de intervención específicas de manera que se apunte a intervenir los factores que hacen más vulnerables a determinadas poblaciones. A continuación se presentan unas líneas estratégicas para abordar las poblaciones con mayor vulnerabilidad en nuestro medio.

Hombres que tienen Sexo con Hombres

Como líneas generales, en este grupo poblacional es importante propiciar el pluralismo y los espacios de apertura social de forma que se disminuyan el estigma y la discriminación, por razón de la orientación sexual. Los mensajes deben ser apropiados a realidad cultural y deben proveer información que promueva la protección y el autocuidado. Igualmente, en esta población es importante garantizar el acceso a servicios de salud (ITS- VIH) y realizar campañas ingentes que promuevan el uso del condón.

Población Desplazada

Capítulo aparte merecen las poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto armado. La situación de desarraigo y las restricciones que afrontan las personas en situación de desplazamiento generan condiciones de vulnerabilidad entre las que se consideran el paso de áreas de baja prevalencia a alta prevalencia, la pérdida de redes sociales, la desestabilización del proyecto de vida, el hecho de que, para poder sobrevivir, muchas veces las personas se ven forzadas o compelidas a la prostitución. Adicionalmente, se pueden generar condiciones de hacinamiento que favorecen el acoso sexual, se carece de un acceso adecuado a los servicios educativos o de salud y en términos generales se puede estar sometido a condiciones de marginalidad y pobreza. Aquí la prevención no tendrá asidero hasta que no se propicien condiciones que reduzcan la vulnerabilidad, tales como mejor acceso a servicios y fuentes de trabajo. Sólo a través de proyectos de desarrollo social, podrán implementarse contenidos que apunten a la prevención de las ITS o la infección por VIH / SIDA.

Prevención en Jóvenes

Allí donde ha sido posible la prevención del SIDA ha sido a expensas de la población joven. En consecuencia, prácticamente que el grueso de la tarea preventiva tiene que darse en la escuela a través del Proyecto Nacional de Educación Sexual. Las recomendaciones del reporte global de ONUSIDA del año 2002, señalan que este tipo de proyectos educativos deben iniciarse a temprana edad, con contenidos que permitan afirmar valores y actitudes en los niños y niñas. Se deben promover la asertividad y la toma autónoma de decisiones como fundamento que sirve para incorporar otras habilidades para la vida. Los estudiantes requieren recibir información clara y explícita en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) e Infecciones de Transmisión sexual (ITS). Se debe recordar que la sexualidad actúa como eje principal en la construcción de la identidad y en consecuencia, la educación sexual coadyuva en la construcción del sujeto. Por otra parte, no se puede olvidar el acceso a servicios de salud, la disponibilidad de condones, los procesos de asesoría de pares, los proyectos como escuchamos propuestas —que cimientan su actuar en el reconocimiento del joven como interlocutor válido y en el reconocimiento de su sexualidad—, y el abordaje por condiciones específicas de vulnerabilidad tales como la homosexualidad, el trabajo sexual, o el consumo de drogas. Adicionalmente, se deben combatir la explotación y el abuso sexual. Se constituye así un paquete de medidas indispensables para que la prevención en los y las jóvenes sea posible.

Personas en situación de prostitución (Hombres y mujeres)

En estos grupos es importante enfatizar en la información que promueva comportamientos protegidos a la vez que se realiza promoción y subsidio de condones, con talleres para la práctica de destrezas.

Se debe garantizar la accesibilidad a servicios de salud (ITS). Aquí no sobra recordar que la exigencia de carnés de salud es una práctica que no tiene razón de ser en términos de salud pública y que está expresamente prohibida en el decreto 1543 de 1997. De igual importancia es propiciar los procesos formativos que promuevan la autoestima, las habilidades para el diálogo y la toma asertiva de decisiones, sin olvidar procesos de reincorporación

laboral y la construcción de un proyecto de vida que no considere la prostitución como una opción de vida.

Usuarios de Drogas Intravenosas.

La prevención del SIDA en los consumidores de SPA pasa por el tratamiento y rehabilitación del consumo, incluyendo bienestar social y atención primaria en salud. Es importante realizar campañas de información específica en VIH / SIDA, adaptadas a las particularidades de los grupos de consumidores, facilitar el acceso gratuito a jeringas y condones y brindar acceso a servicios de asesoría diagnóstica para el VIH. Lo más importante puede ser la prevención primaria para evitar el inicio del consumo. Sin embargo, una vez instalado el mismo se debe garantizar el acceso al tratamiento de la fármaco-dependencia, especialmente con medidas de reducción del daño como lo es la administración de metadona. Si se tiene en cuenta el poder epidémico de esta forma de transmisión se comprenderá porque es de vital importancia iniciar muy tempranamente las estrategias de prevención en este grupo: una vez se llega a una prevalencia del 10%, se puede llegar al 40 % -50% en menos de un año.

Sangre Segura para la Población General

Para lograr reducir al máximo el riesgo de transmisión por vía transfusional se apunta a educar, estimular, conseguir y retener donantes de sangre con bajo riesgo de infección. Definitivamente se debe desestimar la donación por reposición y se deben adecuar las encuestas de riesgo más allá del prejuicio. Es claro que se debe estudiar toda la sangre donada para detectar agentes infecciosos, pero más allá de estas medidas es importante disminuir las transfusiones innecesarias y promover un uso racional de la sangre y sus derivados.

Prevención de la Transmisión Madre Hijo

Al hablar de la prevención del SIDA perinatal muchas veces en lo primero que se piensa es en la administración de medicamentos a aquellas mujeres que se hayan identificado como positivas. Si bien es cierto que los protocolos de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo, el parto y al recién nacido durante la lactancia, cumplen un papel

primordial en la reducción de casos, (protocolo 076 con Zidovudina ó 012 de Uganda, con Nevirapina), no hay que olvidar que la prevención primaria entre las mujeres y sus parejas y la prevención de embarazos precoces o no deseados, son la mejor herramienta preventiva para evitar niños infectados.

Respuesta a las personas viviendo con VIH o con SIDA.

Por último, pero no por eso menos importante, y desde el punto de vista de salud pública, se debe contar con servicios que estén en capacidad de brindar atención integral, lo cual comprende: fortalecer el acceso a servicios de asesoría y prueba voluntaria, establecer programas de prevención y tratamiento de TBC, así como para el manejo de otras enfermedades oportunistas, mejorar la prestación de cuidados paliativos, intensificar la prevención y tratamiento de ITS, promover el acceso a condones a través de los servicios de salud e incrementar la oferta de servicios de regulación de la natalidad. Las personas infectadas deben tener acceso a consulta nutricional y los profesionales de la salud estar preparados para ampliar la base de apoyo social, psicológico y espiritual, estimulando la conformación de grupos de autoapoyo, y con la actitud ética que garantice el respeto a los derechos humanos y la reducción del estigma.

CONCLUSIÓN

Dado que las estrategias propuestas han demostrado su eficacia en aquellos lugares que se han implementado de forma sostenida y teniendo en cuenta que la epidemia aún no se expande a sectores más amplios de la población, la oportunidad de contener la epidemia es inmensa. Se requiere superar los desafíos de tipo económico, político y social con una mayor participación de todos los sectores, incluyendo las Iglesias y la empresa privada.

La forma más costo efectiva para prevenir la epidemia en países como el nuestro consiste en abordar a un amplio sector de las poblaciones con factores de vulnerabilidad en una etapa temprana de la epidemia. Se requiere fortalecer la vigilancia a comportamientos y que las campañas de prevención a nivel masivo tengan sostenibilidad en el tiempo. La experiencia de este abordaje ha demostrado su éxito en Europa, Estados Unidos y países como Chile o Senegal.