

# La pandemia del sida y situaciones de riesgo

P. Estébanez Estébanez

Presidenta de Honor de Médicos del Mundo

Desde que se conoció la existencia del VIH hasta hoy, se han contagiado un total de 53 millones de personas en todo el mundo y han muerto más de 19 millones. De los más de 34 millones de enfermos que hay en la actualidad, 24 millones viven, o malviven, en el África Subsahariana, área en la que muere la mayoría de enfermos cada año: 2,6 millones en 1999. En África están también la mayor parte de los 12,5 millones de huérfanos provocados por la enfermedad<sup>1</sup> (fig.1).

La infección por VIH ha rebasado las proyecciones más pesimistas elaboradas la pasada década y, lejos de conver-

tirse en un problema de carácter local, en África la infección por VIH se ha transformado en una pandemia que amenaza la propia supervivencia del continente. Entre los efectos más graves, podemos destacar:

- 1) El aumento de las tasas de mortalidad, tanto en niños como en adultos.
- 2) La disminución de la esperanza de vida.
- 3) La alteración de la pirámide de la población en muchos países africanos.
- 4) La repercusión económica.
- 5) El aumento del número de huérfanos.

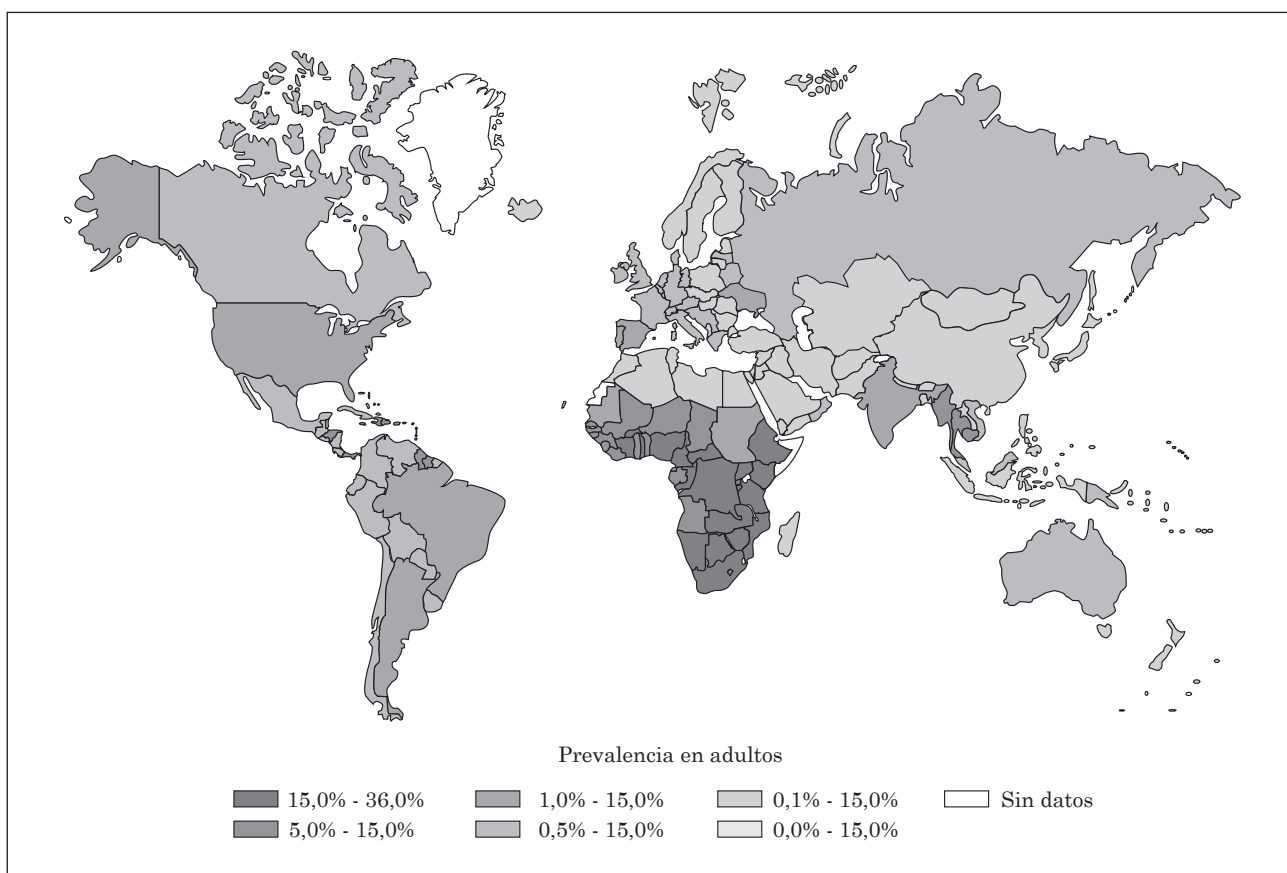


Fig. 1. La infección por el VIH en el mundo.

### AUMENTO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD

Aunque existen dificultades para corroborar las cifras por problemas puramente técnicos (censos y encuestas poco perfeccionadas) se ha llegado a la certidumbre de que el aumento de las tasas de mortalidad de niños y adultos es un hecho en el África Subsahariana. Si en 1983 un varón de 15 años nacido en Zimbawue tenía una probabilidad de un 15% de fallecer antes de alcanzar los 50 años, en 1997 esa probabilidad había aumentado hasta el 50%. Respecto de las mujeres, los estudios revelan que la probabilidad de fallecer en esos márgenes de edad ha pasado del 11% a algo más del 40%<sup>2</sup>.

### DISMINUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA

Los modelos elaborados sobre el riesgo real de fallecer por una enfermedad asociada al VIH, en los que se incluyen a todos los adultos de entre 15 y 49 años, estén o no infectados en este momento, ofrecen cifras desoladoras en algunos países; en aquellas naciones en las que el 15% o más de los adultos están infectados por el VIH, fallecerán a causa del sida como mínimo el 35% de los varones que ahora tienen 15 años (fig.2).

Esos países son Botswana (35,8% de adultos infectados), Swazilandia (25,2%), Zimbabue (25%) Leshoto (23,5%), Sudáfrica (19,9%), Zambia (19,9%), Namibia (19,5%) y Malaui (15,9%)<sup>1</sup>. En países como Botswana, el riesgo de defunción por sida de los jóvenes que ahora tienen 15 años roza el 90%. Esta bajada de la esperanza de vida puede significar para algunos países su práctica desaparición en apenas 10 ó 15 años.

### ALTERACIÓN DE LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS

A medida que una sociedad alcanza el desarrollo, la pirámide de población, reflejo gráfico de la estructura social, toma una forma determinada. Cuando la natalidad y la mortalidad son elevadas, la forma es de pirámide, con una base ancha que se va estrechando conforme la edad se va haciendo más elevada. En una sociedad muy desarrollada (baja natalidad, baja mortalidad infantil) el gráfico toma forma de una columna.

En África, a consecuencia del sida, la pirámide de población ha comenzado a tomar la forma de una chimenea, la base se ha estrechado. ¿Las causas? Elevada mortalidad de las mujeres jóvenes en edad de procrear, elevada mortalidad de los niños recién nacidos, infectados por el VIH, elevada mortalidad de hombres jóvenes (menores de 30 años)<sup>2</sup> (fig. 3).

Las consecuencias de esta alteración para una población son muy graves. Tomemos el ejemplo de Botswana, donde 258.000 adultos (un tercio de la población adulta) están infectados. La tendencia actual hará que dentro de apenas dos décadas habrá más ancianos (60-70 años) que adultos (40-50 años). El problema para el país será cómo garantizar cuidados a los enfermos cuando quienes están enfermos son los que, en una sociedad sin la enfermedad, deberían estar aún en su edad laboral y cuidando a los niños y a los ancianos.

### REPERCUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

La enfermedad o desaparición de tan elevados porcentajes de población adulta e infantil está provocando ya graves efectos socioeconómicos.

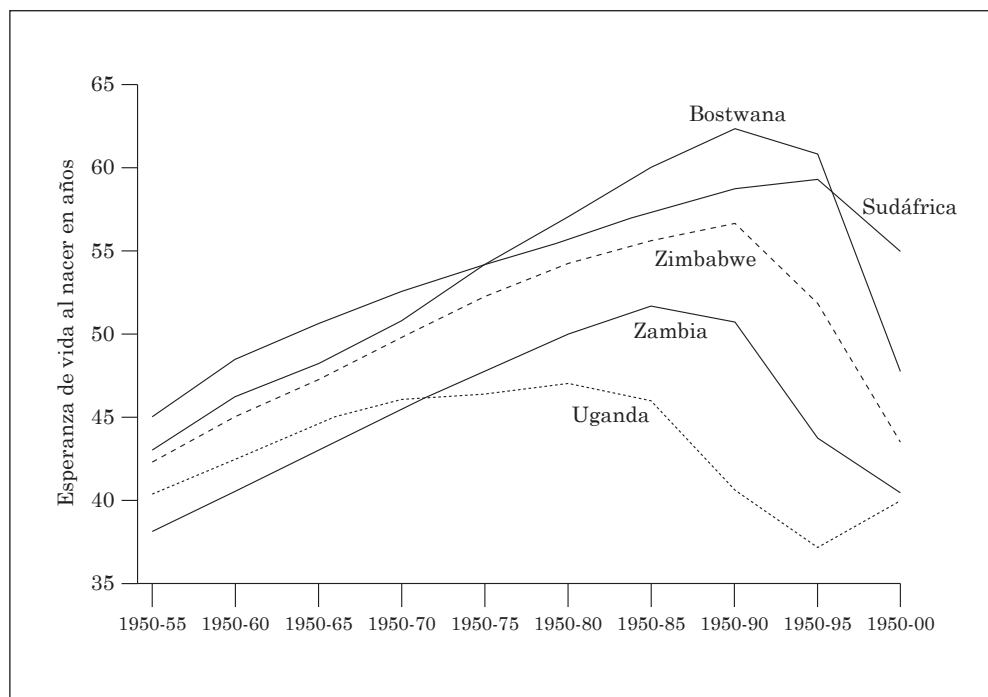


Fig. 2. Cambios en la esperanza de vida en algunos países africanos con alta prevalencia de sida, de 1959 a 2000. Fuente: United Nations Population Division.

- 1) En primer lugar, se pierden horas de trabajo y vidas en sectores productivos (hombres y mujeres jóvenes en edad de trabajar).
- 2) En segundo lugar, los efectos económicos sobre una familia con algún miembro enfermo son devastadores, especialmente si el enfermo es alguno de los progenitores, por lo que supone de aumento de los gastos y disminución de los ingresos. Asimismo, algunos estudios han demostrado que las familias monoparentales con hijos encabezadas por mujeres, éstas, en muchos casos, deben buscar ingresos a través del comercio sexual, lo que incrementa las probabilidades de contraer el sida.
- 3) En tercer lugar, aumentan las familias cuya cabeza es un huérfano, que tiene que abandonar la escuela para hacerse cargo de sus hermanos o para conseguir su propio sustento. El efecto sobre el nivel educativo y nutricional es obvio.
- 4) En cuarto lugar, los efectos sobre la agricultura: la enfermedad o desaparición de miembros de la familia obliga a desatender la tierra por falta de manos, a venderla o vender las herramientas, incluso a perderla por no poder afrontar su mantenimiento por culpa de los gastos derivados de la enfermedad. Se ha calculado que en Costa de Marfil, el cuidado de un enfermo de sida le cuesta a la familia la mitad de sus ingresos medios procedentes de la tierra. La FAO ya ha detectado disminuciones en la producción de productos agrícolas básicos en algunos países y disminución de las cabezas de ganado, especialmente en aquellas familias con el padre enfermo o muerto<sup>3</sup>.
- 5) En quinto lugar, el sida afecta a las empresas: absentismo laboral, gastos médicos, pérdida de técnicos, etc.
- 6) En sexto lugar, los servicios de salud pública reciben una presión enorme en los países más afectados. Todos los logros conseguidos en estos años han sido borrados por los gastos provocados por la enfermedad. En Ruanda se dedica al sida el 66% del presupuesto sanitario y en Zimbabwé se dedica a esta partida más del 25% del presupuesto total de la sanidad pública. Ello significa que otras enfermedades, como la tuberculosis, están creciendo de forma acelerada, tanto por la presencia del bacilo de la tuberculosis en enfermos de sida, como por la mayor posibilidad de que se contagie a la población que no tiene VIH,

incluyendo, por supuesto, al personal sanitario, cuyo riesgo de fallecer se ha multiplicado por 13 en países como Zambia<sup>4,5</sup>.

Todos estos factores influyen en un empobrecimiento del país, cuya economía se resiente, además, por tener que dedicar un elevado porcentaje de sus presupuestos a la sanidad, específicamente a la lucha contra el sida.

### LOS HUÉRFANOS

El número de huérfanos a causa del sida en el África Subsahariana es de 12,5 millones, el 95% del total mundial. Hasta que se desató la pandemia del sida, la estructura familiar africana, mucho más amplia que la europea, permitía que la orfandad no fuera un problema real: cualquier miembro de la extensa familia se hacía cargo de los niños que perdían a sus padres. El sida ha quebrado ese sistema, al empobrecer a las familias y al disparar el número de huérfanos<sup>6</sup>. El problema ha alcanzado tal magnitud que el presidente surafricano, Tabo Mbeki, argumentó pocos días antes de la Cumbre de Durban (2000) que su gobierno no iba a dar nevirapina a las embarazadas con sida porque, según sus propias palabras "¿qué va a hacer Suráfrica con tanto huérfano?"

### UN NUEVO ENFOQUE PARA RESPONDER A LA ENFERMEDAD

Los términos para describir la epidemia de VIH, para investigar su origen y etiología y cuantificar su magnitud, han variado a lo largo del tiempo. Así como su influencia sobre cómo percibimos la enfermedad, su impacto sobre la sociedad y su control. Los términos grupos de riesgo y, más recientemente, conductas de riesgo, han sido usados en investigaciones sobre su desarrollo y en las estrategias de intervención. Ambos términos tienen limitaciones: grupos de riesgo puede ser estigmatizante y poco específico; y el término conductas de riesgo puede fallar en identificar los determinantes del comportamiento de tal manera que las intervenciones serán sólo parcialmente efectivas. Ambos conceptos fallan en reconocer que la salud está, de le-

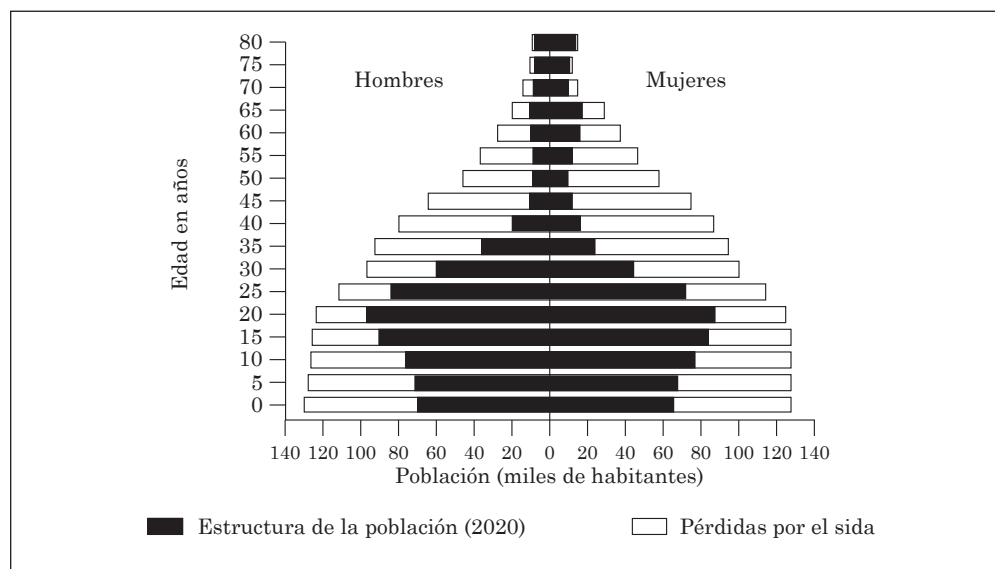


Fig. 3. Proyección de pirámide poblacional con y sin efecto de la epidemia del sida, Botswana, 2000. Fuente: US Census Bureau, World Population Profile 2000.

jos, más determinada por las condiciones sociales que por las conductas individuales y los servicios de salud.

Lo que pretendemos argumentar es la necesidad de encontrar un nuevo término -situaciones de alto riesgo- para describir la serie de factores sociales, económicos y políticos que sitúan un grupo en una situación de alto riesgo de infectarse por el VIH.

Mucha de la literatura sobre el sida falla en identificar el contexto en el cual se transmite el VIH: altos niveles de enfermedades prevenibles, recursos sanitarios inadecuados y un entorno de pobreza, procesos de urbanización rápida, prostitución y marginalización comunitaria. Identificar las situaciones de alto riesgo nos ayudará a focalizar la atención en los determinantes de salud, y podría ayudar a predecir qué poblaciones se verán afectadas por un desarrollo rápido de una infección por el VIH. Ello permitirá también identificar el papel apropiado de los servicios de salud y la importancia de estimular y apoyar las iniciativas comunitarias. En esta situación de identificación apropiada del problema, el uso correcto del lenguaje es fundamental.

La identificación de estas situaciones de alto riesgo hace posible predecir dónde golpeará la epidemia a continuación: la explosión entre los trabajadores del sexo y los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) en Asia era completamente predecible una vez que el virus llegó a ese continente. Los asentamientos de trabajadores emigrantes, los núcleos rápidamente urbanizados y las poblaciones indígenas de muchos lugares del mundo, con altas tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y abuso de alcohol, serán, probablemente, las próximas en sufrir una epidemia<sup>7</sup>.

En los últimos años se ha evidenciado el impacto de los esfuerzos de prevención en la estabilización e incluso la reducción de las tasas de infección por el VIH. Los progra-

mas correctamente diseñados han contribuido a cambiar de forma significativa los hábitos sexuales y el consumo de drogas en numerosos países. En nuestro país, por ejemplo, los programas desarrollados en política de reducción de daños en UDVP<sup>8</sup>, o en personas que ejercen la prostitución<sup>9</sup> han contribuido de forma decisiva en la estabilización primero, y la reducción después de las tasas de transmisión del VIH. Programas, además tan sencillos y tan complicados, a la vez como poner en marcha un sistema de intercambio de jeringuillas para detener la extensión del sida entre los usuarios de heroína inyectada<sup>10</sup>.

Los movimientos de población, ya sean individuales o en grupos, plantean otras situaciones de alto riesgo. Los camiones de transporte de mercancías posibilitan que los conductores mantengan contacto a lo largo de las rutas con mujeres, muchas de las cuáles dependen de dichos contactos para ganarse la vida. Marineros, tripulaciones aéreas y otras personas que viajan frecuentemente y a grandes distancias pueden considerarse como en situación de riesgo.

Una de las evidencias que hemos encontrado en el área donde el sida está teniendo un crecimiento más rápido, el África subsahariana, es la relación evidente que existe entre la forma de ganarse la vida de la gente y la transmisión del sida. Aclaremoslo, si superponemos un mapa del continente africano en el que aparecen los principales yacimientos y explotaciones mineras (oro, diamantes, cobalto, cromo, hierro, y uranio, principalmente), sobre otro en que se muestre las áreas con mayor incidencia del VIH, veremos que prácticamente coinciden (fig. 4).

El sida, contrariamente a lo que suele decirse respecto del África Subsahariana, no tiene una mayor incidencia en los países más pobres del continente, sino en los más ricos, o mejor dicho, entre los menos pobres, es decir, aquellos que gracias a la existencia y explotación de los yacimientos mineros habían comenzado a lograr ciertos avances económicos y sociales.

Veamos, la República Sudafricana, con casi el 20% de su población con VIH (el quinto país africano en porcentaje de población con sida), ocupa la posición 101 según su índice de desarrollo humano (IDH). Su IDH sólo es superado en el continente africano por Libia. Swazilandia, con la posición 113 según el IDH, por detrás de Libia, Suráfrica, Túnez, Cabo Verde y Argelia, tiene una incidencia de VIH del 25,25%. Es decir, una de cada cuatro personas tiene sida. Y Botswana, con una renta per cápita de 7.690 dólares y una posición IDH de 122, es el país, no sólo de África sino del mundo, con mayor incidencia de sida, nada menos que el 35,8%<sup>11</sup>.

Los nueve países con más sida de África, con tasas superiores al 15%, son precisamente en los que se encuentran las mayores explotaciones mineras: Botswana, Swazilandia, Zimbabwe, Leshoto, Suráfrica, Zambia, Namibia, R.D. Congo y Malawi<sup>12</sup>.

El sistema de trabajo en las explotaciones mineras favorece la emigración de gran número de hombres a los yacimientos y a los centros industriales complementarios. Estos trabajadores se ven obligados a dejar a sus familias, a las que ven muy de cuando en cuando, y viven en albergues para solteros. Los trabajadores buscan compañía de mujeres que viven en las inmediaciones de los albergues, que tienen una alta probabilidad de transmisión de ITS y VIH por el alto número de compañeros sexuales que han tenido. Las mujeres que permanecen en la pobreza en las zonas rurales, dependiendo del dinero que les manden los

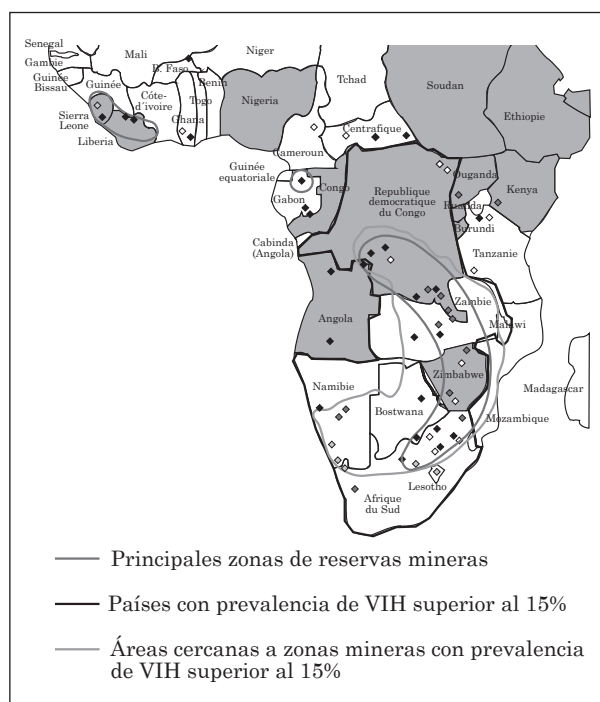


Fig. 4. Principales zonas mineras y área de mayor prevalencia del VIH. Héctor Alonso. Fuente: Le Monde, ONUSIDA.

miembros ausentes de sus familias, recurren con una frecuencia elevada al comercio sexual para incrementar sus ingresos y reducir su dependencia. Su entrada en una situación de alto riesgo está caracterizada por la falta de poder y el poco control sobre su salud sexual. Además, cuando los hombres regresan temporalmente a casa, contagian a sus mujeres.

En un estudio llevado a cabo en 1997 en el distrito de KwaZulu/Natal (Suráfrica) se ha apreciado un alarmante aumento de las tasas del VIH (una prevalencia entre las mujeres embarazadas de hasta un 26%). En este estudio se comprobó que la mayor parte de las mujeres contagiadas tenían un compañero que había emigrado a trabajar en las minas. Sin embargo, la tasa en mujeres cuyo marido no había emigrado o que tenía un compañero fijo era mucho más baja.

En Carletonville, en el corazón de la industria de las minas de oro de Suráfrica, viven 88.000 mineros, según informe de ONUSIDA (1998), y de ellos el 60% son emigrantes procedentes de otras partes de Suráfrica y de países vecinos (Mozambique, Malawi, Leshoto, etc.) En esta área se calcula que viven aproximadamente medio millón de prostitutas, el 33% de ellas, según el estudio de ONUSIDA, estaban infectadas por el VIH. Los mineros de esta área tenían una prevalencia del 22%.

Aquí se cierra el ciclo movilidad del trabajador-contagio del trabajador-contagio de su compañera habitual-transmisión materno-infantil, y se explica el inusitado crecimiento del sida en las áreas rurales, cuando a lo que estábamos acostumbrados era a una mayor incidencia en las áreas urbanas, así como la aparentemente inexplicable extensión del sida a zonas cada vez más alejadas de las minas.

Así se explica, también, la aparición de microepidemias. Es decir, ¿por qué encontramos áreas muy concretas con una alta prevalencia del VIH, muy cercanas a otras en las que prácticamente no hay casos? Ésta es una de las características del sida. Así por ejemplo, encontramos microepidemias en los distritos cercanos a las minas africanas, o junto a las poblaciones donde se han instalado las maquilas como San Pedro Sula (Honduras), o en los núcleos de población situados al borde de las grandes rutas de transporte de mercancía por carretera, etc.

Las fracturas sociales provocadas por la guerra parecen ser la causa de la extensión del VIH en algunos países. Es el caso de Mozambique, después de años de guerra civil. La interacción compleja entre el sabotaje económico, la destrucción de infraestructuras y el banditaje crean bolsas de población desplazada y marginada e incrementa el riesgo de infección por el VIH por contactos sexuales casuales, situaciones que se ven exacerbadas por el acceso limitado a la sanidad y a los servicios de salud.

En un clima de inestabilidad y de conflictos crónicos en el África Subsahariana se producen desplazamientos masivos de población. Los refugiados y desplazados se encuentran en situaciones que contribuyen a la vulnerabilidad ante el VIH en los campos donde habitan, entre ellos destacamos:

- 1) No se llevan a cabo programas de pruebas del VIH ni disponen de ellos.
- 2) Tampoco se analizan las donaciones de sangre.
- 3) Cirugía sin esterilización (partos, por ejemplo, lo que provoca un aumento de la transmisión materno-infantil).
- 4) Rechazo de la planificación familiar: los hombres se niegan a utilizar el condón en un intento de reemplazar las pérdidas humanas por la guerra.

Ruanda es también un buen ejemplo de cómo puede influir la guerra en la extensión del sida. En los estudios sobre el VIH realizados antes de la guerra se comprobó que las tasas de infección en las zonas rurales eran muy inferiores a las tasas en las zonas urbanas (1% de mujeres embarazadas seropositivas en zonas rurales, frente al 10% en zonas urbanas). Después de la guerra y los movimientos de población que ésta provocó, esta tasa había crecido y se había igualado, situándose en el 11%<sup>13</sup>.

Los refugiados ruandeses multiplicaron por seis las tasas de infección. Se ha calculado que la infección aumentó de un 1,3% a un 8,5% en el período que pasaron en los campos de refugiados, a pesar de que los autores de este trabajo denunciaron la problemática. También influyó el hacinamiento y la violencia sexual. ACNUR hizo caso omiso de estas advertencias y no se implementó ningún programa de prevención. Las consecuencias han sido nefastas. En las encuestas que se hicieron después de la guerra, se comprobó que el 3,2% de las mujeres entrevistadas habían sido violadas, la mitad de ellas durante la guerra. El 17% de ellas eran seropositivas<sup>14</sup>.

El caso de los soldados de Camboya, así como las diferencias entre las áreas rurales y urbanas en El Salvador, son otros ejemplos de riesgo debido a los comportamientos sexuales en las áreas de post-conflicto. En Camboya el 35% de los soldados habían visitado prostitutas el mes anterior. Los estudios encuentran que la educación militar y la militarización afecta a la expresión de la sexualidad de los hombres.

El empobrecimiento y la exclusión social de los usuarios de drogas en nuestro país, Europa y Estados Unidos es reflejo de la inadecuación de los servicios y marginación social y estigmatización de este grupo.

Respecto al colectivo se han descrito ya numerosos factores. Por ejemplo, se ha identificado el empobrecimiento, los procesos de urbanización rápida, el anonimato de la vida en las ciudades, la emigración por motivos laborales, los bajos salarios y la dependencia de las mujeres, como los factores principales que empujan a las mujeres a intercambiar sexo por dinero en Bulawayo (Zimbabue). En Kenia se encontró que las prostitutas de clase social baja tenían una tasa de infección por el VIH más del doble que las prostitutas del estrato socioeconómico más alto. Las mujeres más pobres cobraban por encuentro entre 10 y 30 veces menos que sus colegas de estrato más alto y tenían cerca de ocho veces más compañeros sexuales cada año.

En Uganda, frecuentemente, las trabajadoras del sexo carecen de otras formas de ingresos, son analfabetas y además suelen mantener a los miembros de su familia en las áreas rurales, tienen una enfermedad de transmisión sexual, acceso difícil a los servicios de salud y sobreviven en un contexto de desarraigo, pobreza, emigración a las áreas urbanas y de consecuencias de la guerra y la represión.

La infección por el VIH en Filipinas se debe, en parte, a los servicios sexuales prestados por las «mujeres hospitalarias» a los soldados norteamericanos; en Tailandia se debe a la industria del sexo y a la carencia de formas alternativas de empleo para muchos y muchas jóvenes. Políticos, profesores, soldados, hombres de negocios y otros individuos en una postura de poder pueden obtener sexo en los términos que ellos imponen, frecuentemente poniendo en riesgo la salud de aquellos que les proporcionan el servicio.



## CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE ALTO RIESGO

Los rasgos característicos de las situaciones de alto riesgo varían, pero existen algunos elementos comunes. Por ejemplo, la falta de información o concienciación sobre los riesgos posibles. En otras ocasiones, los afectados, a pesar de que puedan conocer los riesgos del VIH, pueden considerar dicho riesgo como poco relevante ante la disyuntiva de tener que buscarse la vida, como puede suceder con los emigrantes laborales o los niños de la calle.

Estos grupos pueden llegar a tener una alta frecuencia de contactos sexuales con personas diferentes a cambio de comida o bienes. Asimismo, su capacidad para tomar medidas de protección en las relaciones sexuales puede verse disminuida por otros factores, como la dependencia de drogas o alcohol. El fenómeno de los sin techo, el subempleo, las migraciones, los movimientos de población y las bolsas de pobreza y marginación, contribuyen a la creación de un campo fértil para el crecimiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.

Por último, señalar que actualmente una de las características de estas situaciones de riesgo para el VIH viene dada por la clara relación entre las infecciones de transmisión sexual y determinados factores socioeconómicos y de fractura social. Algo similar sucede respecto de las enfermedades tropicales. Por ello, los especialistas que trabajan en el terreno, como los promotores de salud, siempre han tenido muy claro que es necesario conocer los factores sociales, económicos y medioambientales que podrían ser la causa directa de algunas enfermedades o factores importantes de conductas dañinas para la salud. Esto hace que sea aún más sorprendente que la literatura sobre el VIH se haya concentrado tanto en el comportamiento individual y no en dichos condicionantes.

Por otro lado, la educación sobre salud convencional probablemente fallará en situaciones de alto riesgo: los servicios de salud pueden estar subdesarrollados y en muchos casos no se utilizan las técnicas adecuadas. Otros programas educativos dirigidos a cambiar las conductas individuales (convenciendo a la gente para que deje de fumar, que beban menos alcohol o utilicen los servicios de medicina preventiva) han tenido normalmente un éxito limitado. Probablemente los programas tengan más éxito si se analiza el contexto social y se logra implicar a los miembros de la comunidad en el desarrollo de los mensajes que se transmitirán al resto de la población, considerando como factor clave el cambio de conductas.

## ENFOCANDO A POBLACIONES EN SITUACIONES DE RIESGO PARA EL VIH

El desarrollo de Centros de Atención con drogodependientes, la extensión de programas de reducción de daños enfocados con los colectivos más marginales, unidades móviles para intercambio de jeringuillas en zonas de drogas, programas de metadona y acceso voluntario a los programas de pruebas para la detección del VIH y Consejo han mostrado una gran disminución de nuevas infecciones de VIH en dichos colectivos. Los responsables de la lucha contra el sida a nivel nacional e internacional tienen una gran responsabilidad para enfocar los programas de prevención hacia los colectivos más vulnerables, mientras a su vez los protegen de la estigmatización tratando de educar a la población general contra las actitudes discriminatorias<sup>10,11</sup>.

Esta estrategia de enfocar los programas hacia estos colectivos ha sido evaluada y ha mostrado una gran eficiencia de la salud pública con análisis de coste-beneficio. Además entra dentro de la lógica de la historia de la salud pública sobre el control de las enfermedades infecciosas que han pasado, por actuar sobre los focos de infección para romper la cadena de transmisión. En esto como en las infecciones por el VIH se encuentra con los problemas de mayor prevalencia que son los grupos más vulnerables.

Como señalaba Meed Over coautor del informe del Banco Mundial «Conforting AIDS Public Priority is a Global Epidemy» debemos de priorizar este enfoque basándonos en los conceptos de equidad y ética como ante las limitaciones de los recursos, la elección ética es usarlos de manera que puedan salvar el mayor número de vidas. Por lo tanto dirigir nuestros recursos hacia aquellas personas que tienen mayor número de parejas sexuales y evaluando según el porcentaje de uso de condón entre aquellas que tienen conductas de riesgo, y esto no significa que el beneficio se vaya a producir sólo entre aquellas que presenten conductas de alto riesgo, sino que se ha de extender a sus parejas, con sus hijos y a la población general; y las actuaciones realizadas hacia la prostitución van a extenderse a sus clientes, como por ejemplo soldados o inmigrantes lo que va a repercutir en la vida de las mujeres que vivan en el medio rural por ejemplo, y esta actuación será más efectiva que si lo enfocamos en educación para la salud en el medio rural debido a la falta de atención que puede ocurrir al no tener conciencia de riesgo de dicha población.

En el quinquenio de 1990-1995 GPA (Programa Global de SIDA de la OMS) promocionó y apoyó programas de intervenciones dirigidos a poblaciones vulnerables en países del Tercer Mundo con el objetivo de evaluar las estrategias y los programas de procesos en el contexto de la evaluación económica y desarrollar en un futuro las estrategias más efectivas y documentar dichas estrategias para la política actual «buena práctica de la medicina basada en la evidencia»<sup>15</sup>; los programas se efectuaron en 3 países con 3 tipos de poblaciones (prostitutas, Costa de Marfil; prostitutas, Marruecos; y homosexuales, India).

El diseño de los programas incluyó la información y educación sanitaria, promoción y provisión de conductas, atención a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) voluntarios, tests y counselling, apoyo y discusiones comunitarias.

Formación a educadores de su propio ambiente y evaluación tanto cualitativa como estudios transversales con respeto de la confidencialidad y el anonimato.

Basándose en las estrategias sobre las intervenciones de cambios de conductas con un enfoque de promoción de la salud, la evaluación de dichos programas incluyó análisis de la situación, movilización comunitaria, identificación de la estrategia, basándose en el modelo de reducción de riesgos. Para la evaluación y generalización de dichos programas fue necesario ampliar colectivos y elementos que pudieran medir la sostenibilidad.

En general la conclusión principal de esta experiencia fue que mostraron gran habilidad para alcanzar a las poblaciones vulnerables, facilitar el acceso a las revisiones, con dificultades para evaluar el gran reto de mantener los cambios de conductas a largo plazo.

La experiencia ha demostrado que, lejos de constituir una visión limitada en el marco de la lucha contra la pandemia, el hecho de focalizar los programas de prevención en de-

terminados sectores sociales en situación de alto riesgo (trabajadores del sexo, clientes, homosexuales, usuarios de drogas, niños de la calle, inmigrantes, etc.) contribuye a conocer mejor dichos colectivos y ayuda a prevenir situaciones de alto riesgo<sup>15</sup>.

Asimismo, el esfuerzo realizado con estos colectivos ha ayudado a que las autoridades políticas y la administración conozcan la existencia y las necesidades de unas poblaciones que, en muchos casos, están excluidas de los beneficios y los servicios sociales, y reconozcan, además, que la actuación con estos colectivos se refleja en el bienestar general.

Por otra parte, con la identificación de las situaciones de alto riesgo y el análisis de su significado, es posible tener más éxito en el diseño de nuevas líneas de investigación y prevención.

Este tipo de aproximación ayudará a abrir un camino de promoción a través de esos cambios en la conducta y en la sociedad, los cuales impedirán de verdad el desarrollo de la pandemia del VIH.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. La epidemia de SIDA: situación en Diciembre 2000, ONUSIDA. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA. Report, Diciembre 2000.
2. Report on the global HIV-AIDS epidemic Junio 2000; 21-22.
3. Hanson K. The Economic Impact of AIDS: an Assessment of the Available Evidence. Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1992.
4. Danziger R. The social impact of HIV/AIDS in developing countries. *Soc Sci Med* 1994; 39(7): 905-917.
5. Viravaida M, Obremsky SA, Myers C. The Economic Impact of AIDS on Thailand. Quoted in Hanson K.
6. Foster SD. Affordable clinical care for HIV-related illness in developing countries. *Europ Dis Bull* 1990; 87: R1-R9.
7. Preble E. Impact of HIV/AIDS on African Children. *Soc Sci Med* 1990; 31:671-680.
8. Zwig A, Cabral AJ. Identify High-Risk situations for preventing AIDS. *British Medicine Journal*, 1991; 303(14).
9. Rodríguez Arenas MA, Puerta García C. Estrategias de reducción de daños. *Farmacéuticos* 1995; 52-57.
10. Rodríguez Arenas MA, Antoñanzas F. Economical aspects of AIDS. En: workshop on home Health care to HIV/AIDS patients. Università di Roma Tor vergata. Italy, Diciembre 1994.
11. Bravo MJ, Barrio G, de la Fuente L, Royuela L, Colomo C, Rodríguez MA, y grupo de trabajo de Médicos del Mundo para la monitorización de las infecciones por VIH. Evaluación de la prevalencia de infección por VIH y de las prácticas de riesgo de inyección entre inyectores de drogas infectados o no por el VIH de 3 ciudades españolas. *Rev Clin Esp* 2000; 200: 355-359.
12. Rapport mondial sur le développement humain, 2000, Programme des Nations unies pour le développement, De Boeck Université, Bruselas, 2000.
13. Nkowane BM. The impact of Human Immunodeficiency Virus infection and AIDS on a primary industry: mining (a case study of Zambia). En: Fleming AF, Carballo M, FitzSimons D, Bailey M, Mann J, ed. *The Global Impact of AIDS*. New York, Alan R. Liss, 1988; 155-160.
14. Rashid Mkanje. Report of the seminary on ONG action. African Medical and Research Foundation Health for All in Africa (Amref), Londres, 1996.
15. Tawil O, O'Reilly K, Malick Coulibaly I, Tiémélés A, Him-mich H, Boushaba A, et al. HIV prevention among vulnerable populations: outreach in the developing world. *AIDS* 1999; 13 (suppl A): S239-S247.