

INFORME SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL DIP. SAMUEL AGUILAR SOLÍS EN LA IX REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD COMO INTEGRANTE DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO

Los días 18 y 19 de julio, en la ciudad de Panamá se realizó la IX Reunión de la Comisión de Salud con los temas:

- Situación del VIH-SIDA en la región de América Latina y El Caribe
- Salud sexual y reproductiva
- Experiencias de los programas del ALBA en salud en los países de la región.
- El futuro de las Vacunas en Latinoamérica y
- Panorama higiénico sanitario de la región en las enfermedades transmisibles con énfasis en la situación del dengue, paludismo, cólera y leptospirosis.

El VIH/SIDA se ha convertido en el principal problema sanitario a nivel mundial a finales del siglo XX. En el año 1998 el número de infectados vivos ha alcanzado 34 millones. La situación de la epidemia del VIH/SIDA en Latinoamérica, según los datos más recientes aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es cada vez más preocupante si consideramos que ocupa el cuarto puesto a nivel mundial en función de la tasa de prevalencia y el tercero en cuanto al número total de personas diagnosticadas de VIH/SIDA en las distintas zonas geográficas del planeta. Sin embargo, los datos no son tan alarmantes si consideramos que a finales de 1998 la tasa de prevalencia media en Latinoamérica era de 0,57 por cada 100 habitantes, muy similar a la tasa de América del Norte (0,56) y el doble de la de Europa Occidental (0,25). Lo cual, además, está muy por debajo de la prevalencia media mundial (1,1). Por tanto la epidemia en Latinoamérica tiene características muy similares a la de los países desarrollados. Sin embargo, los datos no son tan preocupantes como los de la región del Caribe donde la tasa de prevalencia es de 1,96; y menos aún con respecto a África Subsahariana donde la prevalencia ya ha alcanzado a 8 infectados por cada 100 habitantes.

En lo que respecta a las vías más importantes de transmisión del virus, las tres formas más frecuentes son las relaciones heterosexuales, las relaciones homosexuales y por compartir jeringuillas en consumidores de drogas por vía parenteral, los mismos mecanismos de transmisión que predominan en América del Norte y Europa Occidental. Esto, sin duda, es hasta cierto punto lógico dada la gran influencia de estilo de vida entre las tres áreas geográficas mencionadas.

en cuanto a la distribución por sexo los porcentajes son idénticos en Latinoamérica, América del Norte y Europa Occidental, registrándose 80 hombres infectados por cada 20 mujeres infectadas, lo cual es considerablemente diferente a la zona Subsahariana donde los porcentajes son de 50% para cada sexo. En

Latinoamérica y en los países desarrollados, el mayor porcentaje de varones infectados se explica en gran parte por los consumidores de drogas por vía parenteral y por las relaciones homosexuales entre hombres.

Es bastante habitual en la bibliografía que se refiere a la epidemia del VIH/SIDA presentar los datos de los diferentes países o continentes en relación al número de casos diagnosticados, lo cual, aunque es una información válida, distorsiona en cierta medida la distribución de la epidemia en función proporcional al número de habitantes. Ello, en parte también está propiciado por la propia Organización Mundial de la Salud pues en la mayoría de los informes que emite suele utilizar el número de casos y raramente los índices de prevalencia, lo que sin duda es un mejor indicador de cómo está evolucionando la epidemia.

La clasificación de países latinoamericanos en función del índice de prevalencia de personas diagnosticadas de SIDA, fue realizada estimando el índice de prevalencia de cada país, con los datos aportados por la OMS en relación al número total de casos de SIDA en los distintos países, actualizado a noviembre de 1998, y con los datos ofrecidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), sobre la población de cada país en ese mismo año.

Tabla 2. Prevalencia y número total de casos de SIDA en los países latinoamericanos y España (actualizado a noviembre de 1998). Fuente: OMS y CELADE^{2,1}

Países	Prevalencia por cada mil habitantes	Casos de SIDA (n)
Honduras	1,33	8.217
Brasil	0,77	128.821
Panamá	0,59	1.620
R Dominicana	0,51	4.230
El Salvador	0,39	2.344
Argentina	0,36	13.113
Costa Rica	0,36	1.383
México	0,36	35.069
Uruguay	0,34	1.119
Venezuela	0,31	7.282
Perú	0,29	7.331
Guatemala	0,22	2.395
Colombia	0,20	8.433
Chile	0,16	2.431
Paraguay	0,08	424
Cuba	0,06	743
Ecuador	0,05	625
Nicaragua	0,04	180
Bolivia	0,02	179
España	1,30	52.098

Tal como se puede apreciar en la *Tabla anterior*, en relación al SIDA, no se puede hablar de Latinoamérica como un ámbito territorial homogéneo, pues la tasa de prevalencia oscila entre 1,33 por cada mil habitantes en Honduras hasta la de 0,02 en Bolivia, lo que significa una tasa 67 veces superior. Honduras resulta en cierto modo un caso atípico entre los países latinoamericanos, no sólo por su elevada prevalencia, que casi duplica a la de Brasil, sino también en relación a las vías de transmisión, tal como se explicará más adelante. La alta prevalencia en Honduras era hasta cierto punto predecible, de hecho, en un estudio realizado a finales de los ochenta en el que se evaluó a varios centenares de prostitutas se encontró que 20% estaban infectadas por VIH. Como puede verse en la tabla, la tasa de prevalencia de Honduras es muy similar a la de España, no obstante, hay que tener en cuenta que estas tasas no están ajustadas a la distribución de la pirámide de edad de cada país, lo que implica que estas comparaciones deben ser matizadas en función de la distribución de edad.

En función de los datos de prevalencia en Latinoamérica podemos hablar de cuatro grupos de países según la gravedad de la epidemia del SIDA, en la primera estaría Honduras, con un índice muy superior a los demás países, en el segundo grupo, que podríamos denominar de prevalencia alta, se incluiría a Brasil, Panamá y República Dominicana, cuya prevalencia oscila entre el 0,50 y el 0,77 por cada mil habitantes. En el tercer grupo, de prevalencia media, estarían aquellos países cuyo índice oscila entre el 0,10 y el 0,40 por cada mil habitantes, siendo estos: El Salvador, Argentina, Costa Rica, México, Uruguay, Venezuela, Perú, Guatemala, Colombia y Chile. Por último en el cuarto grupo, de prevalencia baja, se encuadran aquellos países con un índice inferior al 0,10 por 1.000, siendo estos: Paraguay, Cuba, Ecuador, Nicaragua y Bolivia. En estos países la tasa de prevalencia es bastante inferior a la media de los países desarrollados.

Al comparar a Latinoamérica con el resto del mundo, el porcentaje por sexo de infectados por el VIH es el mismo (sólo 20% son mujeres) que en Europa Occidental y Norteamérica. Con respecto a los porcentajes de los casos de SIDA, la distribución en Latinoamérica es similar, pues el porcentaje en cuanto a las mujeres oscila entre 11% (en el caso de Venezuela) y 38% (en el caso de R Dominicana). Las diferencias entre países no son relevantes, salvo que tiende a ser mayor el porcentaje de mujeres en los países donde la prevalencia es mayor, de hecho los porcentajes más altos de mujeres se corresponden con R Dominicana y Honduras. No obstante, esta información hay que analizarla con cautela, pues los datos que aporta la OMS están calculados sobre el total de personas infectadas. Por tanto, en aquellos países en los que los porcentajes de personas infectadas por transmisión de madre a hijo o bien por transfusiones sanguíneas los porcentajes entre sexos tienden a igualarse, dado que existe la misma probabilidad por sexo de ser contagiado por una de estas dos vías de transmisión.

En cuanto a la distribución del SIDA según los grupos de edad (niños, adultos y mayores) en los distintos países latinoamericanos, se aprecia que el porcentaje de niños con SIDA tiende a ser mayor en los países que tienen la prevalencia más

alta, lo cual es además consecuente con lo mencionado anteriormente, en relación a que en estos países el porcentaje de mujeres diagnosticadas con SIDA es mayor y por tanto más probable que se produzca el contagio de madre a hijo. Por otra parte, en aquellos países que tienen una baja prevalencia de SIDA (con la excepción de Bolivia) el porcentaje de niños con SIDA es muy bajo, hasta tal punto que en Cuba sólo supone el 1% y en Ecuador el 0%, algo muy similar al caso de España. No obstante, hay algunos casos muy concretos como es el de Argentina con 8% de niños con SIDA, tiene la tasa más alta de Latinoamérica, lo cual ha sido causado por la transmisión de madre a hijo, donde Argentina también tiene la tasa más alta después de Honduras. Brasil, con una tasa ya alta de SIDA infantil de 5%, se espera un importante crecimiento debido a la importante cantidad de niños vagabundos que merodean por las calles y terminan siendo un sector fácil para el comercio sexual. Estudios realizados en Sao Paulo demostraron que una de cada cinco niñas son objeto de abusos sexuales bien en su propia casa o en el barrio en el que viven.

Se pone de manifiesto en primer lugar que no resulta apropiado hablar del número total de casos diagnosticados en cada país al menos cuando esa información se refiera a comparaciones entre países, los índices de prevalencia, poco utilizados en los informes facilitados por la OMS, son sin duda más adecuados, tanto para los estudios comparativos como para analizar la evolución de la epidemia. Aunque para una mayor precisión en el análisis comparativo entre países, sería conveniente una comparación en función de las tasas de prevalencia ajustadas en función de la pirámide de edad de cada país.

Se pone de manifiesto que Honduras, con gran diferencia, es el país latinoamericano más afectado por el SIDA, con un índice de prevalencia de 1,33 por cada mil habitantes, seguido por Brasil, Panamá y República Dominicana.

El análisis y la clasificación de los países latinoamericanos en función de la prevalencia, la distribución por sexo y edad, y las vías más importantes de transmisión ponen de manifiesto que las diferencias son muy importantes entre países. Esto es sin duda de gran relevancia, tanto a la hora de hacer análisis mundiales en la evolución de la epidemia, como para desarrollar políticas de prevención, que evidentemente deberían adaptarse a las características de cada país.

En Latinoamérica en los últimos años se ha incrementado considerablemente el número de estudios orientados al análisis de los factores causales de la epidemia y a los programas de prevención. A modo de ejemplo se pueden mencionar los trabajos sobre factores de riesgo y programas de prevención realizados en Argentina por Kornblit, Mendes-Diz, Ubillos, Páez, Kornblit, Mendes-Diz, Páez, Ubillos. En Colombia se han realizado estudios sobre apoyo psicológico en pacientes con VIH/SIDA y programas de prevención basados en la información y en el cambio de actitudes. En Perú hay estudios que se centran en el ámbito educativo en relación a la formación en sexualidad y SIDA. En Chile hay que resaltar los estudios sobre conocimiento y actitudes realizados por Bernal,

Luckacs, Malebran y Bonacic. En Brasil se han realizado estudios sobre VIH/SIDA en prostitutas de Río de Janeiro y con mujeres encarceladas en el estado de Sao Paulo. México es uno de los países latinoamericanos donde más se está trabajando en la investigación de los factores causales y en programas de prevención relacionados con el VIH/SIDA. En España se han realizado recientemente diversos estudios sobre la creación y adaptación de instrumentos específicos de evaluación de diversos factores relacionados con la infección por VIH/SIDA: conocimiento, actitud, susceptibilidad y autoeficacia sobre el VIH/SIDA; locus de control para la infección por VIH; comunicación con los padres sobre temas relacionados con el VIH/SIDA; comunicación con los amigos sobre temas relacionados con el VIH/SIDA; intención de cambio de conducta de riesgos; conductas de riesgo para la infección por VIH; percepción de las normas del grupo de iguales para emitir conductas de riesgo para el VIH.

Por último, no hay que olvidar que esta epidemia también afecta a muchos latinoamericanos que viven en USA y que debido al contacto que mantienen con sus países de origen es un factor que afecta a la evolución de la epidemia en el continente, véase por ejemplo los trabajos de Trotter et al; De la Fuente; Bronfman y otros.

Para una mayor información sobre VIH/SIDA en Latinoamérica puede consultarse el número monográfico dedicado a Psicología y SIDA en la Revista Latinoamericana de Psicología. Así mismo, puede consultarse los importantes recursos que ofrece internet, y en concreto Consejo Estatal para la prevención y control del SIDA e información y estudios sobre SIDA.

El Instituto Carso de la Salud realizó una presentación sobre el tema e informó que los avances tecnológicos han hecho posible la transmisión más eficiente de riesgos biológicos, ambientales y socioculturales entre países y regiones. Por ello, la salud adquiere una dimensión global. Este escenario incrementa la vulnerabilidad de las poblaciones y posiciona a la salud como un tema de seguridad nacional y global.

Ante la globalización de los riesgos, la vacunación se reafirma como la intervención más costo-eficiente y equitativa en las poblaciones.

Se requiere un consenso regional sobre indicadores de desempeño de los programas de vacunación, considerando:

- Coberturas efectivas de vacunación
- Calidad del Sistema de Vigilancia Epidemiológica
- Indicadores sobre laboratorio y referencia epidemiológicos
- Gasto en salud y en vacunación
- Población beneficiada.

Cada país deberá contar con un Comité de Asesores de Vacunas (CAV) autónomo conformado por expertos en vacunación, servicios de salud y financiamiento.

Cada CAV deberá apegarse a políticas y procedimientos comunes a todos. Si una vacuna probó ser segura y efectiva, el CAV deberá analizar sistemáticamente el impacto que tendría la introducción de dicha vacuna en su país. El CAV podrá emitir recomendaciones para la introducción de un biológico en los esquemas de vacunación, ante esto el gobierno estará obligado a considerar la recomendación.

Se recomendó que todos los países tengan Cuentas Nacionales de Salud (CNS) siguiendo los lineamientos establecidos por la OECD. Además, cada país debe contar con una línea presupuestaria en vacunación aprobada desde el Legislativo, que garantice que los recursos que se otorguen sean progresivos e irreversibles. Deberá haber un proceso de armonización en la certificación de una vacuna. Para ello, se recomienda la creación de una autoridad calificador regional similar a la European Medicines Agency.

Se recomienda propiciar la producción autosuficiente y diferenciada de vacunas en América Latina. Por ello, la Comisión recomienda la conformación de alianzas entre el sector público y privado. Se necesita un Esquema Modelo de cooperación entre los distintos actores de este proceso.