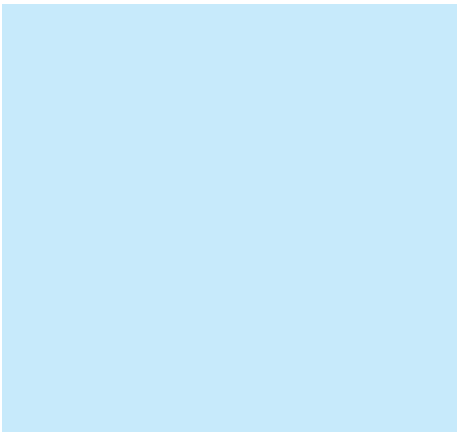


Tratamiento y atención 07



Capítulo 07



TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

Durante el último decenio, el SIDA ha contribuido a impulsar una revolución mundial en las teorías acerca del suministro de una terapia costosa y compleja para toda la vida en los lugares con pocos recursos.

Cuando miles de delegados se reunieron en la Undécima Conferencia Internacional sobre el SIDA de 1996, los resultados de los estudios realizados en países de altos ingresos habían confirmado la eficacia de los tratamientos de combinación con antirretrovíricos para la prevención de enfermedades y la muerte relacionadas con el SIDA. La mayoría de los delegados regresaron de la conferencia con el temor de que las nuevas terapias quedarían fuera del alcance de las personas con SIDA en los países de ingresos bajos y medianos. Estos temores se confirmaron, pues mientras el número de fallecimientos relacionados con el SIDA caía en picado en los países más ricos del mundo en los años inmediatamente posteriores a la conferencia, el número de víctimas de la epidemia creció vertiginosamente en los países de ingresos bajos y medianos, destruyendo decenios de mejoras en la salud pública en África subsahariana.

No obstante, en 2000 empezaron a oírse cada vez más voces contra la inevitabilidad de la mortalidad y la desesperanza desmesuradas en los países más pobres del

mundo. Las personas infectadas por el VIH, que reivindicaban el reconocimiento mundial del derecho humano universal al acceso al tratamiento, pronto recibieron el apoyo de los líderes gubernamentales, religiosos, industriales y de la sociedad civil. La Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, respaldada unánimemente por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2001, apoya el acceso equitativo a la atención y el tratamiento como un componente fundamental de una respuesta mundial eficaz y exhaustiva al VIH. En 2003, la OMS señaló que las diferencias en materia de tratamiento eran una emergencia mundial de salud pública y, en el Día Mundial del SIDA, lanzó la iniciativa “Tres millones para 2005,” que representa un compromiso de todos los miembros de la familia del ONUSIDA y de una amplia gama de asociados con una meta muy ambiciosa. Paralelamente, han aumentado mucho los niveles de financiación para el tratamiento como resultado de iniciativas como el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y el

Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (véase el capítulo ‘Financiar la respuesta al SIDA’).

Aunque el mundo se quedó lejos de la consecución de la meta de los “Tres millones para 2005,” la iniciativa movilizó una acción sin precedentes a nivel mundial para ampliar el acceso al tratamiento y cambió para siempre los enfoques del tratamiento y la atención. La iniciativa “Tres millones para 2005,” el PEPFAR y el Fondo Mundial demostraron de forma terminante la viabilidad del suministro de tratamiento contra el VIH incluso en los lugares con menos recursos, y confirmaron que la extraordinaria reducción en el número de enfermedades y muertes relacionadas con el SIDA observada en los países de altos ingresos también se puede lograr en los países de ingresos bajos y medianos. La experiencia permitió determinar los elementos fundamentales del éxito y los obstáculos a la rápida ampliación del acceso al tratamiento, y ayudó a identificar prácticas óptimas para superar estos obstáculos. El acceso al tratamiento ha ayudado a movilizar las comunidades en la respuesta al

VIH, ha protegido la salud y la viabilidad de las familias vulnerables al VIH y ha vigorizado los esfuerzos de prevención del VIH en muchas regiones del mundo. Por primera vez, una respuesta integral al SIDA abarca la prevención, atención y tratamiento del VIH.

Como consecuencia del impulso generado por la iniciativa “Tres millones para 2005,” el Fondo Mundial y el PEPFAR, el Grupo de los ocho países más industrializados (G-8) se reunió en Escocia en el verano de 2005 e hizo un llamamiento al mundo para alcanzar la meta del acceso universal a los fármacos antirretrovíricos para 2010. Esa meta fue respaldada posteriormente por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la Reunión Plenaria de Alto Nivel del sexagésimo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2005 (véase el capítulo ‘Financiar la respuesta al SIDA’).

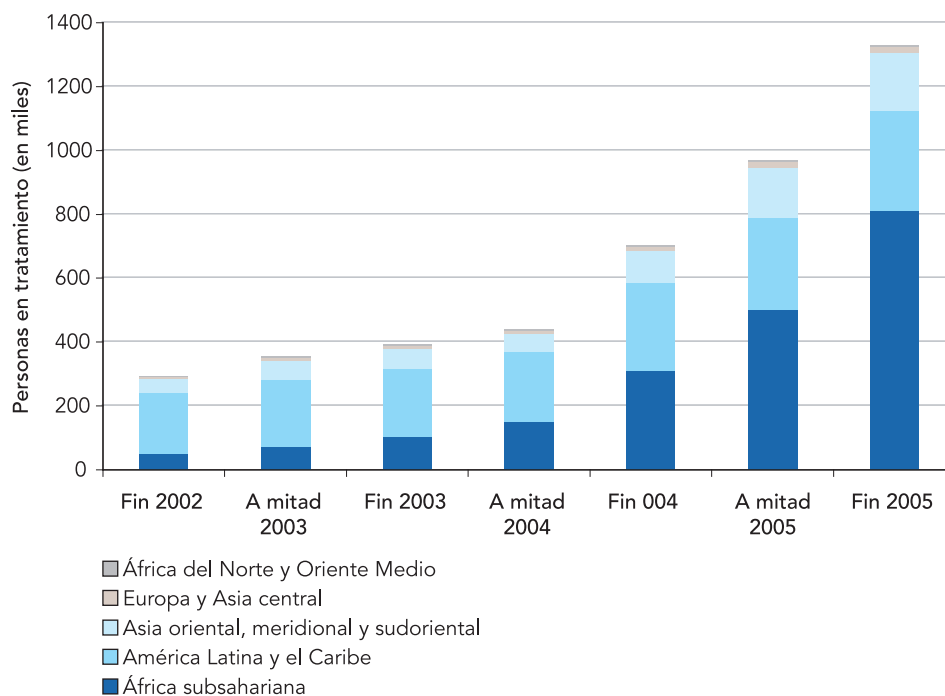
Ampliar el acceso a los fármacos antirretrovíricos

Para ampliar el tratamiento con fármacos antirretrovíricos en zonas con pocos recursos, la OMS ha esbozado un enfoque de la terapia basado en la salud pública que simplifica y normaliza las pautas de administración del tratamiento. Un aspecto fundamental de ese enfoque es el consenso nacional en una o más de las pautas de administración del tratamiento de primera línea recomendadas por la OMS, junto con la terapia de segunda línea para aquéllos cuyo tratamiento de primera línea falle (OMS, 2004). En una encuesta reciente, 36 de los 49 países beneficiarios de la iniciativa “Tres millones para 2005” habían desarrollado directrices nacionales de terapia antirretrovírica con al menos un tratamiento de



FIGURA 7.1

Número de personas sometidas a tratamiento antirretrovírico en los países de ingresos bajos y medianos, 2002 a 2005



Fuente: OMS/ONUSIDA (2005). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on "3 by 5."

primera línea recomendado por la OMS (Beck et al., 2006).

Entre 2001 y 2005, el número de personas que seguían terapia antirretrovírica en los países de ingresos bajos y medianos aumentó en más de cinco veces, desde 240 000 a aproximadamente 1,3 millones (Figura 7.1). Hasta junio de 2005, 21 países proporcionaban fármacos antirretrovíricos como mínimo al 50% de los pacientes que los necesitaban (OMS y ONUSIDA, 2005).

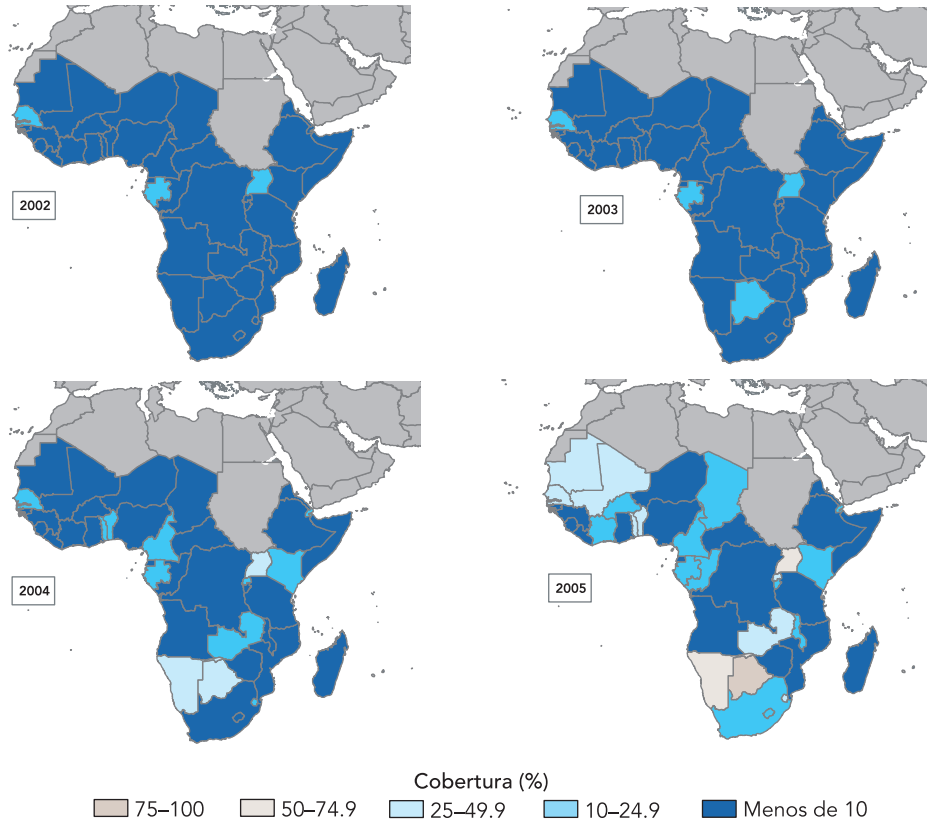
En África, el número de personas sometidas a terapia antirretrovírica aumentó en más del doble sólo en 2005, y aproximadamente una de cada seis personas que necesitaban tratamiento recibían fármacos antirretrovíricos en diciembre de 2005. En esta misma fecha, en Kenya se proporcionaban fármacos antirretrovíricos en casi

200 centros médicos. En Sudáfrica, el país con la mayor población de personas que viven con el VIH, el número de personas que reciben fármacos antirretrovíricos ha crecido de menos de 5000 a principios de 2004 a aproximadamente 190 000 a final de 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006). En la Figura 7.2 se muestra el rápido aumento de la cobertura en África subsahariana durante los dos últimos años y también se pone de relieve que ha habido diferencias significativas entre los distintos países en los avances realizados. En países como Botswana y Uganda se han alcanzado niveles de cobertura del 50% o más, mientras que en otros estos niveles han permanecido por debajo del 10%.

También se han realizado progresos en otras regiones. Con un fuerte apoyo del Gobierno de la nación para mejorar el acceso al tratamiento, en marzo de 2005

FIGURA 7.2

Porcentaje de personas que siguen tratamiento antirretrovírico en África subsahariana del total de las que lo necesitan, 2002–2005



Fuente: OMS/ONUSIDA (2005). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on "3 by 5."

Camboya suministraba fármacos antirretrovíricos a más de 12 000 personas a final de 2005. A principios de 2006, más de 20 000 personas recibían fármacos antirretrovíricos en 28 provincias de China (Ministerio de Salud, República Popular China, 2006). América Latina y el Caribe tienen actualmente la mayor cobertura de terapia antirretrovírica (68%) y el número de personas en tratamiento ha aumentado de 275 000 a finales de 2004 a 315 000 a finales de 2005.

Se están realizando grandes avances en la ampliación del acceso al tratamiento en países que se enfrentan a grandes problemas. Recuperándose aún del genocidio

que se cobró cientos de miles de vidas en los años 1990, Rwanda suministraba fármacos antirretrovíricos a más de 18 000 personas a final de 2005, y se prevé un aumento sustancial del acceso al tratamiento. También disponía de 76 centros médicos que facilitaban tratamiento antirretrovírico en septiembre de 2005, en comparación con los 16 centros que tenía a finales de 2003. Sin embargo, las organizaciones humanitarias informan de que sólo un número muy limitado de refugiados de 26 países de África y Asia reciben actualmente terapia antirretrovírica (ACNUR, 2006).

Se estima que, en todo el mundo, en 2005 se evitaron entre 250 000 y 350 000

muerres como resultado del aumento del acceso al tratamiento (OMS/ONUSIDA, 2005).

Aunque diversos problemas técnicos y logísticos han ralentizado el despliegue de la atención y tratamiento pediátricos del VIH, se han realizado progresos en algunos países. En Malawi, 19 de los 61 centros que proporcionan terapia antirretrovírica a adultos también trataban a niños en julio de 2005.

FINANCIAR Y LOGRAR LA AMPLIACIÓN DEL ACCESO AL TRATAMIENTO

La ampliación del acceso al tratamiento es sin duda un esfuerzo a escala mundial, puesto que una gran cantidad de donantes internacionales y organismos multilaterales se han aliado para colaborar con los gobiernos en la adquisición y suministro de fármacos antirretrovíricos. Más de 50 países y numerosas fundaciones y empresas han contribuido financieramente al Fondo Mundial, que en diciembre de 2005 apoyaba a programas que suministraban fármacos antirretrovíricos a 384 000

personas. El número de personas que reciben fármacos antirretrovíricos a través de proyectos respaldados por el Fondo Mundial prácticamente se ha triplicado entre diciembre de 2004 y diciembre de 2005. Por medio del PEPFAR, el Gobierno de los Estados Unidos proporciona asistencia intensiva a 15 países de África, Asia y el Caribe, y apoyo a otros 100 países. El PEPFAR tiene como objetivo suministrar fármacos antirretrovíricos a dos millones de personas para 2007. En octubre de 2005, el PEPFAR facilitaba terapia antirretrovírica a unas 471 000 personas infectadas por el VIH, de las que aproximadamente el 60% eran mujeres y el 7% niños. Por su parte, el Banco Mundial lanzó un Proyecto de aceleración del tratamiento de US\$ 60 millones, con ayudas iniciales para ampliar el acceso al tratamiento concedidas a Burkina Faso, Ghana y Mozambique en 2004 y 2005.

Animadas por este aumento de la financiación, diversas organizaciones de la sociedad civil están al frente de iniciativas

SALVAR VIDAS Y DESTRUIR MITOS

La ampliación del acceso al tratamiento está invalidando la creencia anteriormente generalizada de que los programas de terapia antirretrovírica no podían aplicarse con éxito en lugares con pocos recursos o entre poblaciones de alto riesgo. Las pruebas disponibles ponen de relieve que la observancia del tratamiento antirretrovírico en los países de ingresos bajos y medianos es como mínimo igual (y a menudo mayor) que los niveles de observancia notificados en los países de ingresos altos (Nemes et al., 2004). En Haití, un 87% de los adultos y un 98% de los niños seguían vivos un año después de iniciar la terapia antirretrovírica, y un adulto típico experimentaba un aumento de 163 en el recuento de linfocitos CD4 y linfocitos T (Severe et al., 2005). Asimismo, los programas de Argentina, Brasil, China, la Región Administrativa Especial de Hong Kong y otros lugares están suministrando de forma eficaz fármacos antirretrovíricos a los consumidores de drogas intravenosas infectados por el VIH, con tasas elevadas de observancia del tratamiento y disipando la idea de que estas personas no pueden participar de forma fiable en las iniciativas de tratamiento del SIDA y beneficiarse de las mismas (Open Society Institute, 2004).



para ampliar el acceso a los fármacos antirretrovíricos y diseminar “información sobre el tratamiento” (véase el capítulo ‘El papel fundamental de la sociedad civil’). Por ejemplo, en Burundi las 125 organizaciones integrantes de la organización nacional Alliance Burundaise contre le SIDA participan muy activamente en suministrar 14 de los 16 componentes programáticos del Plan de Acción Nacional, incluidos la terapia antirretrovírica, el tratamiento de infecciones oportunistas y el apoyo psicológico. La asociación nacional que representa a los seropositivos, la Association Nationale des Séropositifs et Sidéens du Burundi, proporciona ahora atención a más de 3000 personas, de las cuales 1357 reciben terapia antirretrovírica. La Coalición de Kenya para el Acceso a los Medicamentos Esenciales, que incluye redes de personas infectadas por el VIH, la Asociación Médica de Kenya, organizaciones internacionales no gubernamentales y diversos grupos de la sociedad civil, promueven la acción coordinada para fomentar la ampliación del acceso al tratamiento. El apoyo de la sociedad civil sigue siendo un factor importante de la ampliación del acceso. Por ejemplo, la Red India de Personas Infectadas por el VIH/SIDA ha

desempeñado un papel importante al influir en la decisión del Gobierno indio de distribuir fármacos antirretrovíricos gratuitos en seis estados muy afectados.

Paralelamente, cada vez más empleadores proporcionan fármacos antirretrovíricos y otros servicios médicos a sus trabajadores infectados por el VIH (ONUSIDA, 2005a). A mediados de 2005, en Sudáfrica el sector privado facilitaba fármacos antirretrovíricos a entre 70 000 y 80 000 personas, mientras que en otros países africanos, los empleadores del sector público, como los ministerios de educación y salud, están empezando a ofrecer fármacos antirretrovíricos como parte de sus actividades sanitarias para los empleados (véase el capítulo ‘Reducir el impacto del SIDA’).

OBSTÁCULOS DESALENTADORES

A pesar de todos estos logros, en diciembre de 2005 al menos el 80% de las personas que necesitaban tratamiento con fármacos antirretrovíricos no lo estaban recibiendo. Sólo en la India, donde se estima que en 2005 había 770 000 personas que necesitaban fármacos antirretrovíricos, se cree que en agosto del mismo año solamente cerca de 400 000 recibían los medicamentos y el sector público únicamente proporcionaba terapia a menos de un tercio de estas personas (ITPC, 2005).

Aunque la bajada drástica de los precios de los principales fármacos antirretrovíricos ha ayudado a que la ampliación del acceso al tratamiento sea posible en los países de ingresos bajos y medianos, no todos ellos han aprovechado plenamente las opciones óptimas de fijación de precios. Por ejemplo, en la Federación de Rusia aún no se han registrado fármacos antirretrovíricos genéricos y la apreciable industria farmacéutica del país no ha tomado medidas

ORIENTACIÓN Y APOYO TÉCNICO PARA LA AMPLIACIÓN DEL ACCESO AL TRATAMIENTO

La OMS proporciona diversas formas de apoyo técnico para ayudar a los países a ampliar el acceso al tratamiento a través de un enfoque basado en la salud pública. Recomendamos que los planes nacionales para ampliar el tratamiento usen un modelo similar al que se utiliza para la atención de enfermedades crónicas, con tratamientos antirretrovíricos normalizados de primera y segunda línea, el suministro integrado de servicios, la formación de nuevo personal directivo de los trabajadores de salud basada en la estrategia de la OMS de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de los Adolescentes y los Adultos (véase más abajo), el fortalecimiento de la adquisición y gestión de existencias de medicamentos, medios diagnósticos y productos básicos, y otras acciones que permitan el acceso más amplio posible a las medicaciones que salvan vidas (OMS, 2004).

La OMS preselecciona los fármacos antirretrovíricos como apropiados para su inclusión en los programas nacionales. Los medicamentos preseleccionados pueden incluir compuestos biogénicos identificados por la OMS como bioequivalentes a productos patentados producidos por las principales empresas farmacéuticas. El programa de preselección de la OMS no sólo proporciona orientación a los responsables de formular las políticas nacionales, sino que también ayuda a garantizar que los medicamentos utilizados para tratar el SIDA son de una calidad aceptable. El Servicio de Medios de Diagnóstico y Medicamentos para el SIDA reunido por la OMS proporciona a los países información crucial sobre fijación de precios y disponibilidad de medicamentos preseleccionados para el SIDA. Incluye a más de 20 organismos asociados, incluidas diversas organizaciones de las Naciones Unidas (como el PNUD, el UNICEF y el Banco Mundial), entidades de compra (como Crown Agents y la Asociación Internacional de Fomento), donantes (como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Fondo Mundial y la Fundación Clinton), y organismos de apoyo técnico (como Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau).

La OMS también trabaja con otros copatrocinadores del ONUSIDA en diversos proyectos de tratamiento y ha proporcionado apoyo técnico a muchos países para presentar propuestas satisfactorias al Fondo Mundial.

decididas con miras a la fabricación local de dichos fármacos (Coalición Internacional sobre la Preparación para el Tratamiento, 2005). Dado que en numerosos países muchos fármacos antirretrovíricos de segunda línea siguen siendo demasiado costosos para su uso generalizado, es probable que sean necesarias nuevas reducciones de precios para mantener y ampliar el acceso al tratamiento.

Incluso con el creciente suministro de medicamentos por los sistemas de salud

pública, a menudo el tratamiento conlleva considerables gastos corrientes reembolsables, como los honorarios cobrados a los pacientes por el uso de servicios públicos. En Nigeria, los gastos corrientes reembolsables de los pacientes que reciben terapia antirretrovírica en los dispensarios públicos son en promedio de US\$ 300 anuales (Coalición Internacional sobre la Preparación para el Tratamiento, 2005), una suma considerable para el 91% de las familias del país, que viven con menos de US\$ 2 al día (PNUD, 2005). La



organización no gubernamental Médicos sin Fronteras informó en diciembre de 2005 de que el 44% de los pacientes nigerianos sometidos a terapia antirretrovírica encuestados sufrieron una o más interrupciones del tratamiento o tomaron dosis insuficientes porque no pudieron satisfacer los honorarios requeridos por los dispensarios públicos de administración de terapia antirretrovírica (Deutsche Presse-Agentur, 2005). Zambia, un país en el que uno de cada seis adultos es seropositivo, tiene como objetivo evitar el efecto disuasorio de los gastos corrientes reembolsables proporcionando fármacos antirretrovíricos gratuitos en los dispensarios públicos. En 2005, el número de personas en tratamiento con fármacos antirretrovíricos aumentó en mil cada mes, y en junio de 2005 había aproximadamente 30 000 personas que seguían tratamiento (OMS/ONUSIDA, 2005). En algunos casos, los países que han reducido o eliminado los gastos reembolsables de los fármacos antirretrovíricos no han ampliado estas políticas al tratamiento de las infecciones oportunistas.

Aunque la financiación ha aumentado rápidamente, siguen existiendo diversos

obstáculos que impiden ampliar el acceso al tratamiento al mismo ritmo. Muchos seropositivos viven en zonas rurales, pero el tratamiento está confinado en gran medida a zonas urbanas, lo que exige a los residentes de zonas rurales prescindir del tratamiento o a recorrer largas distancias para obtener la atención necesaria. Por tanto, el tratamiento suele obligar a pasar una noche lejos del hogar, lo que puede ser demasiado costoso o imposible de realizar por la necesidad de cuidar a los hijos u otras responsabilidades domésticas. A veces puede resultar difícil para los pacientes que inician la terapia antirretrovírica en el sector privado (en el que puede estar disponible una amplia gama de fármacos antirretrovíricos) recibir los mismos tratamientos con el enfoque normalizado recomendado para el sector público.

Los esfuerzos por ampliar el acceso al tratamiento también han abordado de forma inadecuada las necesidades de determinadas poblaciones especialmente vulnerables al VIH. Esas poblaciones incluyen a los profesionales del sexo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los consumidores de drogas intravenosas y los reclusos (véase el capítulo 'En riesgo y desatendidos'), así como los refugiados, las personas desplazadas internamente y diversas poblaciones móviles que traspasan fronteras para ir a trabajar o por otras razones. Mientras los países amplían el acceso al tratamiento, estas poblaciones no deben ser excluidas. Los mecanismos de financiación internacionales, como el Fondo Mundial, se basan en propuestas de los países. No obstante, muchos países que conceden asilo y países con personas desplazadas internamente no dan prioridad a los refugiados ni a las personas desplazadas internamente, poblaciones que suelen ser discriminadas.

Las directrices nacionales sobre el tratamiento proporcionan un cauce importante para acelerar la ampliación del acceso al tratamiento, fomentar la equidad y poner de manifiesto la identificación nacional con los planes relativos al tratamiento. Muchos países han desarrollado sus propias reglas para gestionar el suministro nacional de terapia antirretrovírica, generalmente utilizando el marco de trabajo de las directrices de la OMS relativas al tratamiento. Formuladas primero como recomendaciones en 2001, las directrices revisadas de 2003 han evolucionado a petición de los países para pasar a ser directrices independientes para lactantes y niños (OMS, 2006a), y para adultos, y están completamente en consonancia con las directrices revisadas para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (ambas serán publicadas por la OMS a mediados de 2006).

Al establecer las directrices nacionales, los países deberán abordar inevitablemente las tensiones entre el enfoque de salud pública de la terapia colectiva y la gran variabilidad de las necesidades de los pacientes individuales. La OMS es partidaria de que los países organicen la prestación de atención especializada en centros de referencia de atención terciaria, que puedan proporcionar formación y supervisión a los centros de tratamiento de zonas cercanas. En el Senegal, este enfoque ha permitido que un número relativamente pequeño de centros apoye a hospitales de distrito y centros de tratamiento de todo el país. En ese país hay médicos asesores de guardia para consultas urgentes de enfermeras que trabajan sobre el terreno, una innovación que ha ayudado al Senegal a alcanzar la meta de los “Tres millones para 2005,” con 4200 personas sometidas a terapia antirretrovírica a finales de 2005.

Trabajar hacia el acceso universal al tratamiento

Gracias al fuerte impulso de la iniciativa “Tres millones para 2005,” el mundo se ha embarcado en un proyecto sin precedentes para alcanzar el acceso universal a la atención y tratamiento del VIH. Para ello serán necesarias unas estrategias factibles que permitan superar los numerosos obstáculos que hasta ahora han ralentizado el ritmo de la ampliación del acceso al tratamiento. Afortunadamente, a medida que aumenta el número de países con experiencia en la introducción de fármacos antirretrovíricos, empiezan a surgir estrategias eficaces para superar los impedimentos a la ejecución.

AUMENTAR EL CONOCIMIENTO DEL ESTADO SEROLÓGICO CON RESPECTO AL VIH

El VIH no se puede tratar de forma eficaz si no se diagnostica. En muchos países, la ampliación del acceso al tratamiento ha ido acompañada de un pronunciado aumento en el uso de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (Grupo de Trabajo Mundial sobre Prevención del VIH, 2004). Por ejemplo, a principios de 2005 Camboya aumentó en un 20% el número de centros que ofrecen servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, y se prevé un nuevo aumento. A nivel internacional, el ACNUR y sus asociados ofrecen actualmente servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH en más de 30 campos de refugiados de 11 países.

No obstante, en general el uso de los servicios de pruebas sigue siendo demasiado escaso para apoyar la ampliación a nivel mundial del acceso a los fármacos antirretrovíricos. Incluso en los Estados Unidos, donde desde hace un decenio los antirretrovíricos pueden conseguirse con facilidad, se ha estimado



Las iniciativas de formación tradicionales, aunque fundamentales para ampliar el acceso al tratamiento, no son suficientes para remediar la escasez y la mala distribución agudas de trabajadores de salud en el mundo.

que una de cada cuatro personas infectadas por el VIH no saben que lo están.

Se están realizando diversos esfuerzos para aumentar el uso de los servicios de pruebas. Por ejemplo, un estudio realizado en 2005 en la República Unida de Tanzania pone de manifiesto que la renuncia al cobro de las pruebas aumenta tanto el número de personas que se someten a ellas como la rentabilidad de la intervención (Thielman et al., 2006). También contribuye a ello el hecho de que el proceso sea más sencillo y más cómodo, como se está haciendo en Lesotho, donde en 2005 se empezaron a ofrecer pruebas rápidas gratuitas a todos los ciudadanos por medio de visitas a domicilio de los trabajadores de salud. El país ha emprendido un ambicioso programa, denominado 'Know your status' (Infórmate sobre tu estado), en el que se anima a todos los ciudadanos a hacerse las pruebas del VIH. Los procedimientos para las pruebas del VIH en hospitales y dispensarios también deben evolucionar, especialmente en los casos en que se pueda iniciar el tratamiento que salva vidas en una persona enferma. Esto ha sido reconocido en Botswana, donde recientemente se puso en marcha una nueva política para ofrecer de forma sistemática la prueba del VIH en

todos los centros de atención sanitaria. El paso de ofrecer de forma sistemática la prueba del VIH (a veces denominada prueba dispensada a iniciativa del proveedor) tiene un gran potencial si se adopta en dispensarios de tratamiento de la tuberculosis, servicios de atención prenatal, salas de realimentación y dispensarios de tratamiento de infecciones de transmisión sexual, así como para todos los adultos y niños hospitalizados en países con una elevada prevalencia del VIH.

REDUCIR LOS OBSTÁCULOS BASADOS EN EL ESTIGMA PARA AMPLIAR EL TRATAMIENTO

El estigma asociado al VIH (véase el capítulo 'El impacto del SIDA'), que es un obstáculo frecuente para la programación de la prevención del VIH, también dificulta la ampliación del acceso al tratamiento. En un estudio realizado en Kenya, los encuestados citaron el estigma y la discriminación como los impedimentos más significativos para la ampliación del acceso al tratamiento (Coalición Internacional sobre la Preparación para el Tratamiento, 2005). De forma similar, las empresas de Sudáfrica que proporcionan fármacos antirretrovíricos a través de planes de cobertura médica de los empleados creen que el estigma puede contribuir a la infrautilización de los servicios de

tratamiento del SIDA entre los trabajadores (ONUSIDA, 2005a).

Los esfuerzos por reducir el estigma y la discriminación entre los proveedores de atención sanitaria y entre el público general (véase el capítulo 'Reducir el impacto del SIDA') serán importantes para ampliar tanto el acceso como el uso de la terapia antirretrovírica en muchos países. Paralelamente, se prevé que el aumento del acceso a la atención servirá para reducir el estigma y la discriminación, a medida que el SIDA deja de asociarse con la muerte y se redefine como una enfermedad crónica que tiene tratamiento y, lo que es más importante, que también se puede prevenir.

CREAR LA CAPACIDAD HUMANA NECESARIA PARA SOSTENER EL TRATAMIENTO CONTRA EL VIH

Los esfuerzos para ampliar el acceso a los programas de tratamiento deben superar la crisis de recursos humanos, especialmente pronunciada en el sector sanitario, en los países de ingresos bajos y medianos (véase el capítulo "Reducir el impacto del SIDA"). Por esta razón, muchos donantes y organizaciones no gubernamentales internacionales están creando componentes de capacitación en sus programas de tratamiento. En la India, por ejemplo, la Fundación Clinton está trabajando con el Gobierno de la nación en la formación de dispensadores de servicios médicos para la administración de fármacos antirretrovíricos y en la modernización de los laboratorios necesarios. En Botswana, más de 1300 trabajadores de salud han recibido formación en el trabajo impartida por expertos superiores en VIH de instituciones médicas internacionales que estuvieron entre 6 y 24 meses trabajando en el Programa de Formación Clínica de la iniciativa de carácter público-privado del Gobierno

denominada Asociaciones Africanas Integrales sobre el VIH/SIDA, la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación Merck Company/Merck & Co., Inc. Los materiales de formación que la OMS desarrolló en 2005 para la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en los Adolescentes y los Adultos y la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia han permitido la formación de más de 15 000 dispensadores de servicios relacionados con el SIDA en un enfoque integrado de la terapia antirretrovírica, la atención y la prevención (OMS, 2006a, 2006b). El mismo año, el primero de una serie de establecimientos técnicos regionales respaldados por el ONUSIDA en el mundo entró en funcionamiento en África meridional.

Las iniciativas de formación tradicionales, aunque fundamentales para ampliar el acceso al tratamiento, no son suficientes para remediar la escasez y la mala distribución agudas de trabajadores de salud en el mundo (Narasimhan et al., 2004). Además de ofrecer programas de formación, es importante para los gobiernos, donantes y otros asociados examinar soluciones innovadoras (PNUD, 2005). Por ejemplo, en la Tercera Conferencia Internacional de la Sociedad del SIDA sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH, celebrada en Rio de Janeiro (Brasil) en julio de 2005, los expertos estudiaron ejemplos de empresas privadas que en diversos países ampliaron satisfactoriamente el tratamiento del SIDA más allá del lugar de trabajo, a las comunidades vecinas (Beckmann et al., 2005).

A falta de un número suficiente de dispensadores de atención sanitaria capacitados, los países deben maximizar el uso de los trabajadores de salud de la comunidad, auxiliares médicos y otros recursos



Para prevenir o retrasar de forma significativa la aparición de farmacoresistencia, es fundamental que los pacientes sigan los tratamientos antirretrovíricos exactamente como les fue indicado.

comunitarios existentes para facilitar la ampliación del acceso al tratamiento. La cooperación entre los países de ingresos bajos y los países de ingresos medianos –por ejemplo, en forma de unidades médicas de apoyo y la formación de profesionales de nivel intermedio– puede ayudar a ampliar los recursos sanitarios, especialmente si se combina con un análisis minucioso de las funciones y responsabilidades óptimas de los médicos, enfermeras y otros trabajadores (PNUD, 2005). La OMS fomenta este cambio de tareas en el enfoque de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en los Adolescentes y los Adultos (OMS, 2006b).

MEJORAR LA GESTIÓN DE SUMINISTROS

Cuando una persona inicia una terapia antirretrovírica, deberá tomar los medicamentos el resto de su vida. Sin embargo, en muchos lugares los retrasos en la obtención y el pago de los fármacos antirretrovíricos suelen provocar interrupciones en la terapia y listas de espera para el tratamiento del VIH. Los programas nacionales del SIDA y los centros de tratamiento individuales necesitan tener la capacidad de estimar la demanda futura de fármacos antirretrovíricos y de poner en práctica sistemas fiables de adquisición,

distribución y suministro para evitar la escasez de existencias.

La República Dominicana, por ejemplo, ha sufrido ocasionalmente una escasez aguda de medicamentos de primera línea, y se dice que algunos médicos han introducido fármacos antirretrovíricos de contrabando en el país para evitar interrupciones del tratamiento potencialmente graves. De forma similar, en 2005 los centros de tratamiento de Nigeria notificaron el agotamiento de los fármacos antirretrovíricos durante períodos de hasta dos meses. La lentitud en el desembolso de fondos fue uno de los factores citados por el Fondo Mundial para explicar la ineficacia de la primera ronda de ayudas al país para ampliar el acceso al tratamiento.

La necesidad de aumentar la capacidad de los países para gestionar el abastecimiento de medicamentos y la prestación de servicios sanitarios eficaces es un importante foco de atención de los principios de los “Tres unos” (véase el capítulo ‘Respuestas nacionales’) y tiene cada vez mayor apoyo de los donantes, organismos multilaterales y organizaciones no gubernamentales internacionales. Se están probando muchos enfoques distintos que

“ES LA HORA DE LA MEDICACIÓN . . .”

La experiencia en todo el mundo señala que el apoyo de los miembros de la familia y los amigos o compañeros de trabajo suelen ser el factor más eficaz para la observancia. En proyectos innovadores de terapia antirretrovírica en Haití y Sudáfrica, se ha citado el apoyo de amigos como un factor importante de los elevados niveles de observancia de los pacientes y el éxito del tratamiento. Con el crecimiento del número de programas de tratamiento en el lugar de trabajo, los asesores seropositivos son cada vez más importantes como modelos positivos y ejemplos de éxito del tratamiento. En su programa de tratamiento antirretrovírico patrocinado en Sudáfrica, la compañía minera Anglo American recluta asesores de tratamiento entre sus trabajadores seropositivos para apoyar a sus compañeros de trabajo que toman fármacos antirretrovíricos con el fin de fomentar la observancia del tratamiento (ONUSIDA, 2005a).

responden a las condiciones específicas de cada país. A partir de un análisis del sistema de gestión de aprovisionamiento del país realizado por la OMS y el UNICEF, Camboya va camino de sustituir el actual proceso fragmentado de adquisición y gestión de suministros para el tratamiento por un sistema nacional unificado que incluye una base de datos con un inventario nacional de medicamentos. Burkina Faso está intentando superar los retrasos burocráticos estableciendo una instancia independiente sin fines lucrativos para garantizar un suministro constante de medicamentos y medios diagnósticos a precios razonables a medida que amplía el acceso al tratamiento. A nivel internacional, el Equipo del Banco Mundial de Aceleración de la Ejecución trabaja con los gobiernos para mejorar actividades como la planificación, la gestión financiera y el seguimiento de gastos (Banco Mundial, 2005).

FOMENTAR LA OBSERVANCIA DEL TRATAMIENTO

La eficacia sostenida de las terapias antirretrovíricas a lo largo del tiempo requiere minimizar el riesgo de que el virus desarrolle resistencia a los medicamentos utilizados para tratar la infección.

Las cepas resistentes del VIH pueden transmitirse a otras personas, eliminando o impidiendo potencialmente la eficacia de futuras opciones de tratamiento para personas recién infectadas. Los esfuerzos para controlar la tuberculosis, el paludismo y las infecciones respiratorias se han visto obstaculizados por el crecimiento a lo largo del tiempo de la resistencia a terapias de primera línea, lo que pone de manifiesto el posible peligro a largo plazo de la farmacorresistencia en la respuesta mundial al VIH (Norrby et al., 2005; Okere et al., 2005; Bates et al., 2004).

Para prevenir o retrasar de forma significativa aparición de farmacorresistencia, es fundamental que los pacientes sigan los tratamientos antirretrovíricos exactamente como les fue indicado. Es necesaria una observancia del 90% o superior para suprimir la actividad vírica y minimizar la farmacorresistencia a lo largo del tiempo (Paterson et al., 2000). La suspensión o interrupción de la terapia es aún más peligrosa que la no observancia periódica (Lucas, 2005).

Aunque los niveles de observancia de la terapia antirretrovírica registrados hasta la fecha son como mínimo tan altos en los



Las intervenciones de los programas concebidas para atender las necesidades terapéuticas de los niños y mujeres deben analizarse específicamente e incorporarse en la respuesta nacional, junto con las de poblaciones vulnerables como los refugiados, las personas desplazadas y las poblaciones de mayor riesgo.

lugares con pocos recursos como en los países de ingresos altos, los estudios indican que los niveles de observancia pueden ser insuficientes para evitar la aparición de farmacoresistencia. Entre los pacientes vigilados a lo largo de 12 meses en un dispensario público de Belo Horizonte (Brasil), casi el 40% no siguieron el tratamiento (Bonolo et al., 2005). Uno de los factores que afecta a la observancia es la complejidad del tratamiento médico: es menos probable que los pacientes tomen sus medicaciones regularmente si el tratamiento médico es complicado, por ejemplo, si tienen que tomar muchas píldoras a diferentes horas del día (Osterberg y Balsche, 2005). La OMS siempre ha fomentado las combinaciones de dosis fija y ha recomendado a los fabricantes elaborar estos productos. Están disponibles varias combinaciones de dosis fija de fármacos antirretrovíricos basadas en una lista simple de cinco medicamentos de primera línea de la OMS, las cuales son el resultado de la investigación y el desarrollo o bien de la industria de genéricos, y tienen autorización reglamentaria o bien han sido preseleccionadas por la OMS.

Como componente de la iniciativa “Tres millones para 2005,” la OMS y un gran

número de asociados han creado una red denominada HIVResNet, dedicada a la vigilancia mundial y el seguimiento normalizados de la farmacoresistencia del VIH, y están estableciendo una red mundial de laboratorios para realizar la vigilancia mediante un protocolo normalizado. Se utilizará un conjunto de medidas específico para cada país con miras a supervisar la farmacoresistencia del VIH en pacientes para ajustar las directrices y la programación del tratamiento.

INTEGRAR LA ATENCIÓN DEL VIH CON OTROS SERVICIOS SANITARIOS

Al integrar la atención del VIH en sistemas concebidos para abordar otros problemas de salud, los países pueden aumentar la aceptación de la terapia antirretrovírica y proporcionar una atención más completa y de mayor calidad. Por ejemplo, en muchos países el VIH y la tuberculosis se tratan a través de dos sistemas de atención vertical independientes que interactúan poco entre sí. Además, los médicos especializados en VIH suelen tener poca experiencia o pocos conocimientos en el tratamiento de la tuberculosis y viceversa. Sin una estrecha coordinación de la atención del VIH y la tuberculosis, es posible que los médicos no intervengan para prevenir o

tratar posibles interacciones de los medicamentos, efectos secundarios de medicaciones e infecciones a veces asociadas con la reconstitución del sistema inmunitario (Karim et al., 2004).

Como ejemplo de lo que se puede hacer, Malawi ha trabajado con asociados nacionales, bilaterales, internacionales y organizaciones no gubernamentales para vincular sus sistemas de atención del VIH y la tuberculosis en el plan de ampliación del tratamiento antirretrovírico del país. El Fondo Mundial constituye un instrumento ideal para fomentar la integración de la atención y tratamiento del VIH y la tuberculosis.

Los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y los servicios de salud reproductiva y sexual también ofrecen oportunidades para la integración o la mejora de la coordinación. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe, la Federación Internacional de Planificación de la Familia apoya las pruebas del VIH y los servicios de referencia relacionados en centros de salud reproductiva de Barbados, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala y Nicaragua. La Alianza Internacional contra el VIH/SIDA y otras organizaciones respaldan programas a nivel nacional para mejorar la integración de los programas de lucha contra el VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva, mientras que la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA propugna que esta integración sea un componente básico de los programas nacionales del SIDA.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES

En los próximos años se seguirá realizando un seguimiento clínico de la mayoría de los pacientes de los países de ingresos bajos y medianos, a causa del acceso limitado a los centros de vigilancia

inmunitaria (recuento de linfocitos CD4 y linfocitos T) y laboratorios. Para apoyar los sistemas sanitarios en este aspecto, la OMS ha revisado recientemente sus directrices sobre estadificación clínica e inmunitaria para adultos y niños (OMS, 2006a). Las nuevas directrices sobre tratamiento pediátrico y para adultos, y las directrices revisadas para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, fomentan un despliegue mucho más amplio de tecnologías y su disponibilidad para el recuento de linfocitos CD4 y linfocitos T. Sin embargo, también reconocen que aun sin tener acceso al recuento de linfocitos CD4 y linfocitos T se pueden tomar decisiones clínicas sobre cuándo conviene iniciarse el tratamiento, cuándo hay que sustituir determinados fármacos antirretrovíricos que presentan toxicidad y cuándo debe cambiarse un tratamiento que fracasa.

Muchos donantes y organismos internacionales están dando prioridad a iniciativas para ampliar el acceso a servicios y equipos de laboratorio fundamentales. En 2004, la Fundación Clinton negoció un acuerdo con cinco empresas para reducir de forma significativa los precios de las pruebas para el recuento de linfocitos CD4 y linfocitos T y para medir la carga vírica en los países de ingresos bajos y medianos. En la región del Caribe, el Banco Mundial proporciona ayuda financiera a la Asociación Pancaribeaña contra el VIH/SIDA a fin de mejorar la capacidad de los laboratorios regionales como medida de apoyo a la ampliación del acceso al tratamiento. El Banco Mundial ha prestado a Nigeria US\$ 59 millones como ayuda para el desarrollo de la capacidad nacional de diagnóstico. Sin embargo, en muchos lugares con pocos recursos el mantenimiento y la obtención de piezas de recambio para los equipos de diagnóstico siguen siendo un problema

TRATAMIENTO EN ZONAS EN CONFLICTO

Los conflictos suelen provocar el desplazamiento de grandes masas de población, lo que afecta a los servicios sanitarios y expone a las personas a graves riesgos para la salud. No obstante, cada situación es específica de un contexto y debe examinarse individualmente (Spiegel y Qassim, 2003; Spiegel y Haroff-Tavel, 2005). Aunque surgen desafíos especiales para asegurar una observancia adecuada de la terapia en estas condiciones, cada vez hay más pruebas que demuestran que las personas afectadas por un conflicto pueden recibir y seguir la terapia antirretrovírica (Ellman et al., 2005).

El Grupo de trabajo del Comité Permanente Interorganismos sobre el VIH/SIDA en situaciones de emergencia, una alianza que cuenta con una amplia base de organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas comprometidas a proporcionar una acción rápida, eficaz y coordinada para atender las necesidades de las personas afectadas por conflictos y otras emergencias, ha desarrollado las *Directrices para intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en situaciones de emergencia* (IASC, 2004). Estas directrices, que ahora usan varios asociados en distintos contextos de emergencia, proporcionan un marco de referencia práctico común para usar en situaciones de emergencia (ACNUR, 2006). La prestación a tiempo de atención y tratamiento es una prioridad básica de las directrices, un énfasis que también se refleja en la estrategia del ACNUR relativa al VIH/SIDA para 2005–2007, que pide que se realicen esfuerzos para asegurar el acceso de los refugiados y otras personas desplazadas a los fármacos antirretrovíricos cuando estas terapias están disponibles en las poblaciones vecinas (ACNUR, 2005).

que requerirá esfuerzos considerables para solucionarse.

Asegurar la equidad mientras se amplía el acceso al tratamiento

En la mayoría de los países, las poblaciones más vulnerables y menos pudientes (que suelen coincidir) no tienen el mismo acceso a los tratamientos relacionados con el VIH que los más ricos o los que viven en comunidades más ricas. Para asegurar el acceso equitativo al tratamiento a medida que se realiza la ampliación, la OMS y la Secretaría del ONUSIDA recomiendan a los países emprender acciones en varios campos. Éstas incluyen el establecimiento de un grupo asesor sobre ética con amplia representación (en consonancia con las estructuras establecidas bajo los principios de los “Tres

unos”), entablar un diálogo público sobre el acceso equitativo a la atención y tratamiento del VIH, y desarrollar y hacer cumplir políticas y sistemas de evaluación diseñados específicamente para fomentar la equidad (OMS/ONUSIDA, 2004). Además, las intervenciones de los programas concebidas para satisfacer las necesidades de tratamiento de los niños y mujeres deben analizarse específicamente e incorporarse en la respuesta nacional, junto con las de poblaciones vulnerables como los refugiados, las personas desplazadas y las poblaciones de mayor riesgo (véase el capítulo ‘En riesgo y desatendidos’).

LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS

Teniendo en cuenta que cada año se infectan por el VIH más de 600 000 niños, en su mayoría por transmisión maternoinfantil, el acceso a medios de

INCERTIDUMBRE SOBRE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

El costo de la medicación ha sido siempre un problema en la respuesta al VIH. Muchos de los medicamentos usados en la terapia antirretrovírica están amparados por patentes y leyes de propiedad intelectual que pueden limitar su uso o mantener su precio en niveles demasiado elevados para su uso generalizado en los países de ingresos bajos. El desarrollo de fármacos antirretrovíricos genéricos, así como la voluntad de la industria farmacéutica internacional de reducir precios en los países de ingresos bajos, han significado avances fundamentales en la ampliación del acceso al tratamiento.

En los dos últimos años la comunidad mundial ha dado nuevos pasos para mejorar el acceso a terapias antirretrovíricas asequibles. En diciembre de 2005, la OMC revisó sus normas relativas a la propiedad intelectual para convertir en definitiva una exoneración temporal que permitía a los países sin una industria farmacéutica sólida importar medicamentos genéricos para el VIH y otras enfermedades transmisibles de alta prioridad. En 2004-2005, el PNUD y otros asociados ayudaron a 36 países africanos a mejorar el uso de las flexibilidades y salvaguardias disponibles para acceder a medicaciones esenciales con arreglo al acuerdo de la OMC sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio.

Sin embargo, la incertidumbre sobre la viabilidad a largo plazo de las fuentes existentes de medicamentos genéricos empaña las perspectivas futuras para el acceso sostenible a los fármacos antirretrovíricos necesarios. En particular, no está claro si los países tendrán un acceso seguro a terapias de segunda línea asequibles, en conformidad con las recomendaciones de la OMS para la eficacia a largo plazo del tratamiento. Aún no se han identificado opciones terapéuticas subsiguientes a la terapia de segunda línea y tampoco se sabe qué harán muchos países para proporcionar esa terapia a través de los sistemas de salud pública.

En 2005, la India revisó sus leyes de patentes, que podrían impedir que la industria farmacéutica de genéricos del país fabricara equivalentes genéricos para medicamentos patentados después de 1996, a fin de cumplir las reglas de la OMC. Históricamente, la India ha sido una fuente importante de fármacos antirretrovíricos genéricos, contribuyendo a las reducciones de precios que han hecho posible el acceso al tratamiento en lugares con pocos recursos. Aunque los programas nacionales de tratamiento pueden seguir teniendo acceso a la zidovudina y otros fármacos antirretrovíricos de primera generación a precios accesibles, en parte gracias a que las patentes de estas medicaciones pronto empezarán a caducar, las leyes revisadas pueden impedir que otros países obtengan de la India equivalentes genéricos de fármacos antirretrovíricos de segunda línea a precios razonables (Havir y Hammer, 2005).

diagnóstico y tratamientos del VIH asequibles representa una prioridad de salud mundial urgente. En 2005, el ONUSIDA y el UNICEF hicieron un llamamiento a la acción mundial para asegurar que la terapia antirretrovírica y la profilaxis con el antibiótico cotrimoxazol (véase más

abajo) lleguen al 80% de los niños que las necesitan para 2010 (UNICEF y ONUSIDA, 2005).

Puede ser difícil realizar un diagnóstico preciso de infección por el VIH en niños de lugares con pocos recursos. En el caso

de los lactantes, a causa de la persistencia de anticuerpos maternos hasta 18 meses después del nacimiento, para obtener un diagnóstico definitivo suele ser necesario realizar pruebas muy sensibles, como la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa o la prueba de la carga vírica. Aunque durante mucho tiempo esas pruebas han sido inviables en lugares con pocos recursos, dado su elevado costo y la dificultad de tomar muestras de sangre de lactantes recién nacidos, los avances técnicos más recientes, que utilizan muestras de sangre seca, son prometedores porque permiten realizar un diagnóstico en menos tiempo y evitan la necesidad de extraer sangre de una vena.

Los fármacos antirretrovíricos apropiados para niños son pocos y suelen ser más caros que los tratamientos para adultos. La mayoría de los medicamentos antirretrovíricos pediátricos son jarabes que tienen un sabor desagradable para muchos niños, lo que podría complicar la observancia. Algunos pueden diluirse en agua potable o refrigerados, aunque esto puede ser inviable en algunos sitios. En muchos lugares, a los niños simplemente se les dan dosis reducidas de las medicaciones para adultos, lo que implica un riesgo de tratamiento insuficiente (que puede provocar farmacoresistencia) o tratamiento excesivo (que puede provocar efectos secundarios a causa de la toxicidad de los medicamentos). Recientemente algunos fabricantes han probado la fabricación de minipíldoras, especialmente apropiadas para niños pequeños. No obstante, todos los productos nuevos deben ser ensayados, preseleccionados y autorizados de forma apropiada, y esto lleva su tiempo.

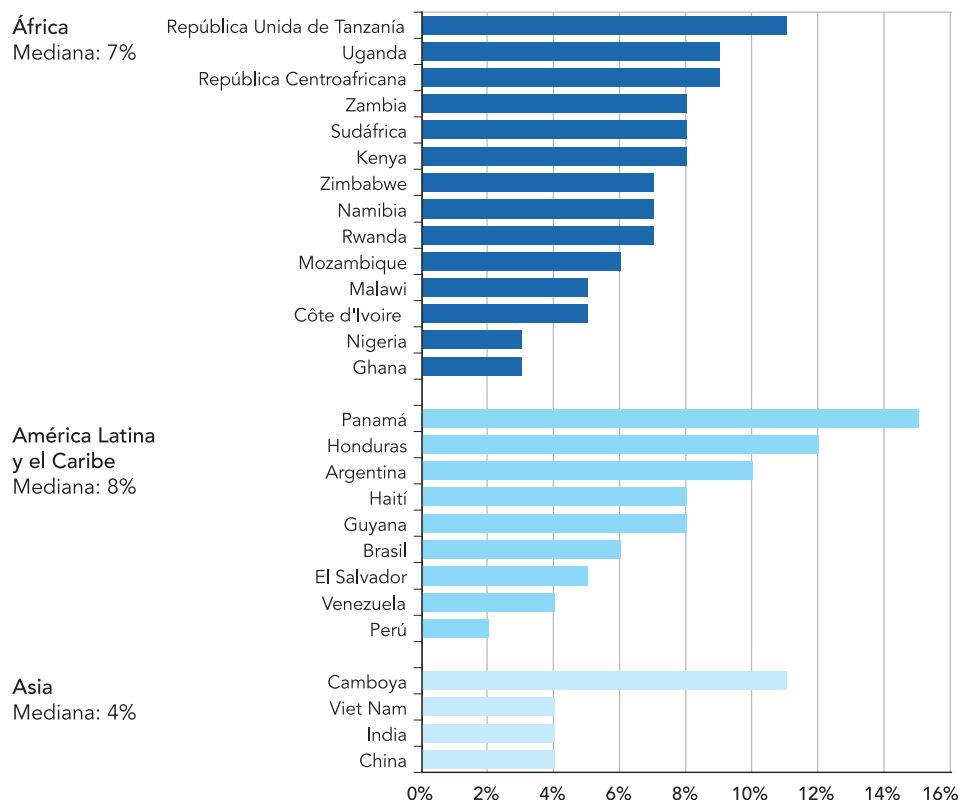
El acceso a cotrimoxazol es fundamental, especialmente en lugares en los que aún no están disponibles los fármacos antirre-

trovíricos. Se ha demostrado que este antibiótico, que proporciona protección contra infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida y puede retrasar la necesidad de iniciar terapia antirretrovírica, reduce en más del 40% el riesgo de muerte en niños infectados por el VIH (Chintu et al., 2004). No obstante, aunque el cotrimoxazol sólo cuesta US\$ 0,03 al día, se estima que actualmente hay cuatro millones de niños que lo necesitan y no pueden obtenerlo (OMS y ONUSIDA, 2005).

A veces los efectos secundarios asociados con la terapia antirretrovírica pueden ser más graves en niños que en adultos (McComsey y Leonard, 2004). También puede ser difícil distinguir en los niños las complicaciones de la enfermedad por el VIH y las toxicidades o los efectos secundarios asociados con los medicamentos usados para controlar el VIH. Muchos niños infectados por el VIH también padecen tuberculosis o malnutrición, lo que complica aún más el tratamiento (OMS, 2006a).

Como los niños seropositivos son vulnerables a infecciones graves, es especialmente importante una inmunización oportuna y adecuada. Normalmente la administración de las vacunas sistemáticas a niños infectados por el VIH es segura, pero es necesario investigar más para asegurar la eficacia de la inmunización sistemática en niños con el VIH y para permitir a los médicos tomar decisiones relativas al tratamiento con más información (Obaro et al., 2004).

En la Figura 7.3 se presentan datos de tres regiones del mundo que indican el porcentaje de niños con respecto al número total de personas que reciben terapia antirretrovírica. En África subsaha-

FIGURA 7.3 Porcentaje de las personas en tratamiento que son niños, por país, 2005

Fuente: OMS/ONUSIDA (2005). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on "3 by 5."

riana, alrededor del 7% de las personas que reciben tratamiento son niños. En América Latina y el Caribe, el valor mediano de nueve países es del 8%, mientras que en Asia es de alrededor del 4%.

VIGILANCIA DEL ACCESO DE LAS MUJERES AL TRATAMIENTO

A medida que aumenta la incidencia de la epidemia de SIDA en las mujeres y niñas (véase el capítulo 'Introducción'), crece la necesidad de velar por que éstas se beneficien de un acceso equitativo a los fármacos antirretrovíricos y otros tratamientos relacionados con el VIH. Con este fin, los programas de tratamiento deben prepararse para abordar los muchos obstáculos a los que se enfrentan las mujeres y niñas para tener acceso a la asis-

tencia sanitaria, e incluir esfuerzos para reducir la violencia contra las mujeres, reducir el costo del tratamiento, acortar los tiempos de espera, facilitar fechas de visitas médicas adecuadas y suficientes trabajadores de salud de sexo femenino, abordar el estigma y la discriminación, y asegurar la intimidad y la confidencialidad.

Hay desigualdades bien documentadas en algunas áreas de la atención del SIDA. Por ejemplo, en Kenya, en los años 2002-2004 los varones seropositivos tenían el doble de probabilidades de ser admitidos en un hospital que las mujeres con el VIH, y éstas pagaban un 65% más por visita que los varones (Consortio Mundial del ONUSIDA para el Seguimiento de Recursos, 2004).

Afortunadamente, mientras en los últimos años se ha ido ampliando el acceso a las terapias antirretrovíricas, hasta la fecha todo parece indicar que no se han producido desigualdades significativas por razón del sexo en el uso de fármacos antirretrovíricos. En junio de 2005, el ONUSIDA y la OMS comunicaron que en los datos obtenidos de países de ingresos bajos y medianos acerca del uso de fármacos antirretrovíricos no se detectaron desigualdades significativas por razón del sexo (OMS y ONUSIDA, 2005). Además, la ampliación continua de los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, en particular del enfoque Prevención de la Transmisión Maternoinfantil-Plus, que incluye atención integral para la madre, ha proporcionado otra vía para que cada vez más mujeres se sometan a la prueba y empiecen a recibir terapia antirretrovírica o se las derive para recibirla. Sin embargo, hay que facilitar el acceso de las mujeres no embarazadas y niñas a las pruebas, asesoramiento y tratamiento del VIH.

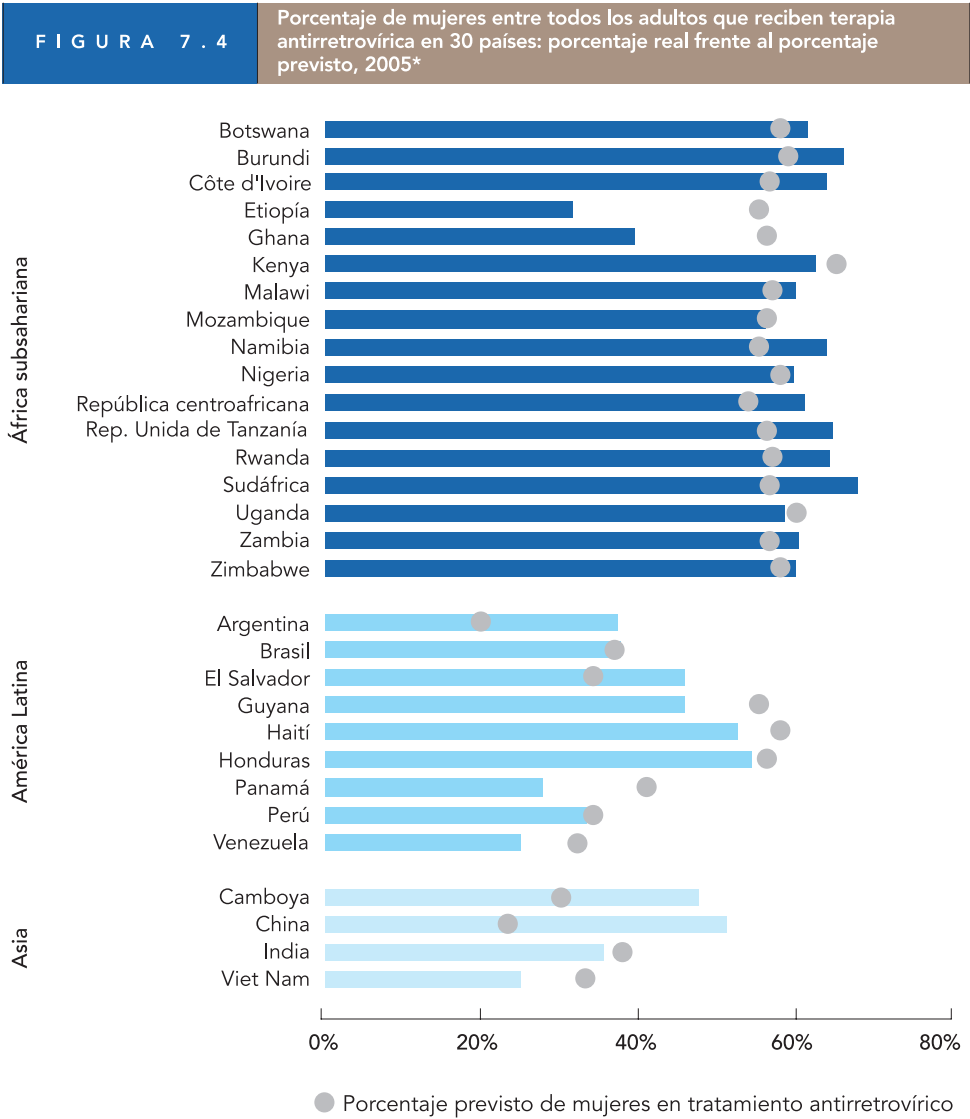
En la Figura 7.4 se muestran datos de 30 países que indican el porcentaje de mujeres con respecto al número total de adultos que reciben terapia antirretrovírica, en comparación con el porcentaje previsto. El porcentaje previsto varía en función del tipo de epidemia: es previsible que reciban tratamiento más mujeres en una epidemia generalizada que en una epidemia concentrada entre consumidores de drogas intravenosas (que con mayor probabilidad son varones). Los datos de Etiopía y Ghana, que sufren epidemias generalizadas, presentan un posible sesgo masculino, siendo el porcentaje de mujeres que siguen terapia antirretrovírica bastante inferior al 50%. En Burundi, Camboya, China, Panamá y Sudáfrica se observa lo contrario, ya que las mujeres representan una proporción mayor que la

prevista de los adultos en tratamiento. Actualmente hay pocos datos disponibles para explicar a qué se deben exactamente estas diferencias entre países.

Utilizar la ampliación del acceso al tratamiento para fortalecer la prevención del VIH

La ampliación del acceso al tratamiento tendrá de forma inevitable un impacto importante en los esfuerzos de prevención del VIH. Sobre todo, proporcionar fármacos antirretrovíricos a mujeres embarazadas para sus propias necesidades sanitarias reduce sustancialmente el riesgo de transmisión durante el parto o como resultado de la lactancia materna. Como el riesgo de transmisión sexual está muy relacionado con la carga vírica (Quinn et al., 2000), reducir dicha carga en una persona mediante terapia antirretrovírica podría disminuir la probabilidad de transmitir el virus a otra persona. En un estudio reciente realizado en Uganda se calculó que el riesgo de transmisión sexual del VIH en parejas serodiscordantes se reducía en un 98% si el miembro de la pareja infectado por el VIH recibía terapia antirretrovírica (Bunnell et al., 2006).

Se concibe ampliamente la esperanza de que la mejora del acceso al tratamiento fortalezca los esfuerzos de prevención del VIH mediante el aumento de los incentivos para las pruebas voluntarias, la reducción del estigma relacionado con el VIH, las nuevas oportunidades ofrecidas a los médicos para la prestación de servicios y el refuerzo de los mensajes de prevención en centros médicos (Grupo de Trabajo Mundial sobre Prevención del VIH, 2004). Sin embargo, también existe la preocupación de que un acceso más amplio al tratamiento pueda entorpecer los esfuerzos de prevención al alargar el periodo de contagio, contribuyendo a la



*El porcentaje previsto de mujeres que reciben terapia antirretrovírica se basa en el porcentaje de mujeres del total de personas que viven con el VIH/SIDA.

Fuente: OMS/ONUSIDA (2006). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy. A report on "3 by 5" and beyond.

farmacorresistencia y aumentando los comportamientos de riesgo al hacer que la infección por el VIH parezca menos amenazadora (Over et al., 2004). Las encuestas realizadas en Sao Paulo (Brasil) entre varones infectados por el VIH que mantienen relaciones sexuales con varones demostraron que era más probable que los más optimistas sobre la eficacia de los tratamientos del VIH hubieran tenido relaciones sexuales anales sin

protección con su pareja habitual o con parejas ocasionales en los seis meses anteriores (da Silva et al., 2005). Esta tensión dinámica aparente entre el comportamiento sexual de riesgo y la ampliación del acceso al tratamiento puede requerir el desarrollo de nuevas estrategias de prevención (Gayle y Lange, 2004).

Para aprovechar los efectos benéficos del tratamiento en la prevención del VIH y

MEJORAR LA OBTENCIÓN DE DATOS DESGLOSADOS POR SEXO

Para asegurar la igualdad de acceso de las mujeres a la terapia antirretrovírica, deben obtenerse datos precisos sobre el sexo de las personas que reciben terapia antirretrovírica. La Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH y otros integrantes de la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA han propugnado de forma activa la incorporación de mandatos de igualdad de género en los mecanismos de financiación de la lucha contra el SIDA. El PEPFAR es la primera iniciativa importante de tratamiento que recoge datos sobre el sexo como una parte de sus indicadores de desempeño.

evitar un aumento del comportamiento sexual de riesgo, el Grupo de Trabajo Mundial sobre Prevención del VIH recomienda una ampliación simultánea del acceso al tratamiento y de los programas de prevención. Los esfuerzos por modelar el rumbo futuro de la epidemia de SIDA demuestran sistemáticamente que una respuesta que combine la ampliación de la prevención y el acceso al tratamiento tendrá un impacto mucho mayor sobre la epidemia que una respuesta que dé mayor importancia a un aspecto frente al otro (Salomon et al., 2005; Over et al., 2004).

Enfoque integral de la atención y el tratamiento

Con el comprensible entusiasmo que despiertan los beneficios de la terapia antirretrovírica, a veces se olvida que ésta sólo es un componente de un enfoque integral de la atención y el tratamiento para personas infectadas por el VIH. Aunque dichas personas reciban tratamiento con fármacos antirretrovíricos, tienen muchas otras necesidades, como alimentos y una nutrición adecuada, prevención y tratamiento de infecciones oportunistas, y apoyo psicológico. Es por ello que se debe seguir un enfoque integral en los esfuerzos por ampliar el acceso a la atención y el tratamiento. Por ejem-

plo, con una planificación y financiación adecuadas, el enfoque integral de la atención y el tratamiento también reforzará los esfuerzos para diagnosticar y tratar otras enfermedades relacionadas con el SIDA, como la tuberculosis y el paludismo. Esto no sólo mejorará los resultados con los pacientes, sino que también acelerará el avance en la lucha contra diversas amenazas para la salud pública.

ALIMENTOS Y NUTRICIÓN

Una nutrición adecuada no puede curar la infección por el VIH pero es fundamental para conservar el sistema inmunitario de una persona, mantener niveles saludables de actividad física y tener una calidad de vida óptima (OMS, 2005). También es necesaria para asegurar los beneficios óptimos del uso de la terapia antirretrovírica, que es fundamental para prolongar la vida de las personas infectadas por el VIH y evitar la transmisión maternoinfantil del VIH. El PMA proporciona alimentos como parte del procedimiento integral que se sigue en la terapia antirretrovírica en 17 países africanos.

La resolución de la OMS sobre nutrición y VIH/SIDA, que fue adoptada en la sesión 117 del Consejo Ejecutivo en enero de 2006, recomienda a los Estados Miembros convertir la nutrición en una parte integral de su respuesta al VIH identificando intervenciones relacionadas con

la nutrición para su inmediata integración en los programas de lucha contra el VIH y el SIDA. Esto incluye la consolidación del compromiso político con la nutrición y el VIH como una parte de los planes de salud de los países, reforzar los componentes nutricionales en las políticas y programas sobre el VIH y el SIDA, e incorporar los problemas relacionados con el VIH y el SIDA en las políticas y programas nacionales de nutrición.

Sin embargo, hasta la fecha las intervenciones relacionadas con la nutrición no se han integrado plenamente en los planes nacionales de tratamiento. Por ejemplo, en el dispensario Harriet Shezi del Hospital Chris Hani Baragwanath de Sudáfrica, sólo el 6% de los niños en tratamiento con fármacos antirretrovíricos tienen acceso a apoyo nutricional, consistente en leche maternizada y un preparado de maíz enriquecido, y no hay suficiente personal para asesorar a los pacientes en temas de nutrición. Los copatrocinadores del ONUSIDA, como el UNICEF, el PMA y la OMS, trabajan estrechamente unidos para asegurar la integración de los alimentos y la nutrición en la ampliación del acceso al tratamiento como una intervención de tratamiento y como una forma de mitigar los efectos del SIDA en personas y comunidades (véase el capítulo ‘Reducir el impacto del SIDA’). Las organizaciones que proporcionan servicios a refugiados y personas desplazadas han visto que los programas de alimentos y nutrición también pueden ser medios para proporcionar educación sobre prevención del VIH. El ACNUR y el PMA han desarrollado conjuntamente 20 estrategias programáticas que integran las actividades relativas al VIH con las ayudas de alimentos y nutrición en campos de refugiados. Dichas estrategias se han puesto en práctica en campos de

refugiados de Uganda y Zambia (ACNUR/PMA, 2004).

TUBERCULOSIS

Dado que la tuberculosis es una causa principal de mortalidad relacionada con el SIDA, la precisión en su diagnóstico, prevención y tratamiento son de importancia primordial (véase el capítulo ‘El impacto del SIDA’). Hay que superar varios obstáculos para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos de la tuberculosis. Por ejemplo, como las pruebas de diagnóstico rápido que se usan de forma habitual en los países de ingresos altos no suelen estar disponibles en los países de ingresos bajos y medianos, un porcentaje considerable de personas con tuberculosis tienen que esperar varias semanas a que se les diagnostique la enfermedad, lo que supone un riesgo para su salud y la de los que los rodean.

Los pacientes seropositivos a los que se diagnostica una infección de tuberculosis latente necesitan terapia preventiva para evitar el desarrollo de tuberculosis activa que podría poner en peligro sus vidas. Sin embargo, es importante excluir la tuberculosis activa cuando se va a utilizar isoniazida para prevenir la tuberculosis, y esto implica retos operativos importantes. La cobertura de la terapia preventiva es muy escasa, con tan sólo el 1% de los adultos infectados por el VIH atendidos en todo el mundo y prácticamente ninguna cobertura en África subsahariana (USAID et al., 2003).

También existe una necesidad urgente de obtener mejores farmacoterapias (y más sencillas) para el tratamiento de la tuberculosis. La resistencia creciente a los medicamentos disponibles para la tuberculosis aumenta el costo y la complejidad del control de esta enfermedad, y pone

ALIMENTOS Y TRATAMIENTO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA EXTREMA

El PMA ha defendido firmemente la necesidad de dar mayor atención al papel de los alimentos y la nutrición en el tratamiento y la atención del VIH, y ha trabajado estrechamente con la OMS en la elaboración de la iniciativa “Tres millones para 2005.” En 2005, el PMA proporcionó alimentos y nutrición a través de diversos programas a nueve millones de seropositivos y a otros afectados por el VIH y el SIDA en África, Asia y América Latina.

Con el creciente reconocimiento de la importancia de la ayuda alimentaria y nutricional, como una parte de la atención integral a personas infectadas por el VIH y con SIDA, ahora el PMA proporciona en 17 países africanos ayuda alimentaria además de terapia antirretrovírica. En muchos casos, las actividades aún están en fase de pruebas y no llevan más de dos años en ejecución. Probar distintos enfoques del suministro de alimentos y ayuda nutricional a personas en tratamiento, junto con una evaluación rigurosa, podría permitir desarrollar un modelo posible de ampliar. Hasta la fecha, algunos programas piloto del PMA han producido enfoques innovadores.

En Malawi, el PMA trabaja con la organización no gubernamental internacional Acción contra el Hambre para proporcionar una ración diaria de una pasta de cacahuete rica en proteínas y energía, desarrollada en Francia a finales de los años 1990, a pacientes con desnutrición grave. Esta pasta lista para usar es muy eficaz para la rehabilitación de niños con desnutrición grave. Para pacientes con malnutrición menos grave, se proporciona una cesta individual con un preparado hecho a base de maíz y soja, y aceite vegetal. Las condiciones requeridas para recibir asistencia alimentaria se determinan a partir del índice de la masa corporal y la fase del VIH en que se encuentre el paciente. Para documentar los resultados se siguen de cerca indicadores como la ganancia de peso y el tiempo de recuperación.

Aunque el enfoque que se está probando en Malawi se centra en la atención individualizada, muchos países han observado que una parte importante de los que solicitan terapia antirretrovírica provienen de hogares que no tienen asegurada la alimentación, a menudo como consecuencia de una enfermedad prolongada del cabeza de familia. Esta vulnerabilidad supone un verdadero desafío para los dispensadores de servicios. La falta de seguridad económica y alimentaria hace que sea difícil que las familias den prioridad a la demanda de atención frente a la demanda alimentos, lo que significa que los alimentos proporcionados para el enfermo probablemente se compartan con otros miembros de la familia, lo que atenuará los beneficios previstos. Como ayuda para solucionar este problema, muchos países proporcionan una ración de protección además de una ración individual, con el fin de minimizar la dispersión de la ayuda entre toda la familia. Los trabajadores de salud de Mozambique y Zambia también han desarrollado listas de comprobación de seguridad alimentaria que utilizan los dispensadores de atención sanitaria o los trabajadores sociales de la comunidad como ayuda para identificar familias con mayor probabilidad de beneficiarse de la asistencia alimentaria.

de relieve la necesidad de obtener nuevos medicamentos. En Botswana, la prevalencia de la resistencia a como mínimo un medicamento para la tuberculosis entre las personas que se someten a pruebas del VIH anónimas ha aumentado del 3,7% en 1995 al 10,4% en 2002 (Nelson et al., 2005). Tratamientos más cortos y sencillos con medicamentos para la tuberculosis aumentarían el porcentaje de tratamientos completados y reducirían la farmacoresistencia. La Alianza Mundial para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis, que dirige los esfuerzos a escala mundial dirigidos a obtener nuevos medicamentos para tratar la tuberculosis, es una alianza público-privada que ha establecido la vía más completa de desarrollo de medicamentos para la tuberculosis a través de la investigación desde los años 1960, con la meta de asegurar el desarrollo de al menos un medicamento nuevo en el próximo decenio.

INFECCIONES OPORTUNISTAS

La inmunosupresión relacionada con el VIH aumenta la vulnerabilidad a muchas enfermedades oportunistas que pueden poner en peligro la vida, incluidas las enfermedades respiratorias, determinadas infecciones bacterianas y fúngicas, y trastornos neurológicos (Felkin et al., 2004). La infección por el VIH también puede aumentar el riesgo de sufrir determinados cánceres, especialmente entre personas que también están infectadas por el papilomavirus humano (Sobhani et al., 2004). Prácticamente la mitad de las personas infectadas por el VIH sufren una enfermedad bucal, generalmente en las fases tempranas de la infección por el VIH (Petersen et al., 2005). La terapia antirretrovírica reduce considerablemente la incidencia de infecciones oportunistas discapacitadoras y que podrían poner en peligro la vida.

En la era de los fármacos antirretrovíricos, la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH siguen siendo una piedra angular de la respuesta mundial al SIDA. Incluso en los países de ingresos altos, en los que la terapia antirretrovírica está disponible para todos, las infecciones oportunistas siguen siendo una causa principal de mortalidad entre las personas infectadas por el VIH (Bonnett et al., 2005). Una parte importante de los pacientes no responde a la terapia antirretrovírica, normalmente porque no observan al cien por cien los tratamientos prescritos o porque tenían una resistencia previa a una o más medicaciones antirretrovíricas. Para esas personas, y para la mayoría de las personas seropositivas del mundo que actualmente no tiene acceso a la terapia antirretrovírica, las medicaciones para las infecciones oportunistas pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte.

Como muchas infecciones oportunistas (por ejemplo, la tuberculosis, el paludismo, la neumonía bacteriana, la enteritis bacteriana o la diarrea) son causadas por agentes infecciosos presentes desde hace mucho tiempo en la comunidad, es necesario poder acceder fácilmente a los tratamientos para estas enfermedades. Otras, como la neumonía provocada por *Pneumocystis carinii* (una enfermedad transmitida por protozoarios), pueden prevenirse y tratarse con antibióticos que se pueden conseguir con facilidad, como el cotrimoxazol. No obstante, algunas enfermedades oportunistas, como las infecciones criptocócicas, infecciones por herpes simple diseminado e infecciones causadas por citomegalovirus y virus de la hepatitis C, toxoplasmosis y sarcoma de Kaposi, requieren medicaciones costosas y complejas que no están disponibles o no son

financieramente accesibles en muchos lugares.

De hecho, sólo una pequeña parte de las personas infectadas por el VIH tiene un acceso seguro a profilaxis o tratamientos de reconocida eficacia para infecciones oportunistas. A escala mundial, sólo el 4% de los adultos infectados por el VIH y el 1% de los niños con el VIH pueden obtener cotrimoxazol, una medicación económica que evita la neumonía provocada por *Pneumocystis carinii* y otras infecciones bacterianas. Diversos estudios han puesto de manifiesto los beneficios de este antibiótico en distintos lugares y situaciones, pero lamentablemente a escala mundial muy pocos centros o programas se están animando a fomentar el uso de esta intervención simple previa a la terapia antirretrovírica. El bajo nivel de cobertura es especialmente preocupante en el caso de los lactantes nacidos de madres seropositivas e identificados como expuestos al VIH por los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Las directrices recién revisadas de la OMS destacan la necesidad de poner en práctica esta intervención simple a mayor escala y también consideran en qué fase se debe suspender la administración de cotrimoxazol a niños o adultos que han iniciado la terapia antirretrovírica (OMS, 2006b).

En la actualidad, algunos de los principales tratamientos de infecciones oportunistas no son asequibles para muchos sistemas nacionales de salud pública. Por ejemplo, en la República Dominicana algunas de las medicaciones más costosas utilizadas para tratar infecciones oportunistas comunes (como fluconazol, anfotericina B, aciclovir y ganciclovir) sólo están disponibles mediante compra directa en farmacias privadas, una opción económicamente inviable

para la mayoría de las personas infectadas por el VIH (Coalición Internacional sobre la Preparación para el Tratamiento, 2005). No obstante, se han realizado progresos en varios frentes. Por ejemplo, Pfizer ha ofrecido fluconazol gratuito o a un precio muy rebajado a través de su programa de donación corporativa, mientras que en Sudáfrica, la presión de los activistas ha persuadido a Bristol-Myers Squibb, el fabricante de anfotericina B, a reducir drásticamente el precio del medicamento en 2005 (Bicanic et al., 2005).

MITIGAR Y TRATAR LOS EFECTOS

COLATERALES

Aunque los fármacos antirretrovíricos son muy eficaces para ralentizar la progresión de la enfermedad del VIH, pueden provocar importantes efectos colaterales en algunas personas, algunos de los cuales pueden poner en peligro sus vidas. Algunos de estos efectos son las reacciones cutáneas agudas, hepatitis, anemia y enfermedades cardiovasculares. Algunos efectos colaterales crónicos pueden debilitar (por ej., intolerancia gastrointestinal crónica) o provocar cambios físicos a largo plazo (por ej., lipodistrofia y lipodistrofia). La variedad y la gravedad de los efectos colaterales pueden variar en función del estado nutricional o de otras características de las distintas poblaciones de pacientes. En la gestión de los pacientes en tratamiento antirretrovírico también se deben tener en cuenta las posibles interacciones entre medicamentos, en particular con las medicaciones para la tuberculosis (especialmente la rifampicina) y otros tipos de fármacos antirretrovíricos, y también con la terapia a largo plazo contra la hepatitis C. A medida que se va ampliando el acceso al tratamiento, la experiencia obtenida arroja luz sobre los problemas de seguridad de los pacientes en lugares con pocos recursos y proporciona información útil para la

revisión periódica por la OMS de las directrices de tratamiento y las recomendaciones para tratamientos óptimos de primera y segunda línea.

APOYO PSICOLÓGICO

La mayoría de los países asignan menos del 1% de los presupuestos sanitarios nacionales a la salud mental y, en proporción, hay muy pocos profesionales de la salud mental en los países de ingresos bajos y medianos, en comparación con los países industrializados. Esto supone un obstáculo para la atención y el tratamiento integrales, ya que la infección por el VIH puede provocar discapacidad

mental y neurológica, y un número significativo de personas infectadas por el virus tienen trastornos subyacentes cognitivos o por abuso de sustancias (McArthur et al., 2005). Una enfermedad mental no tratada no sólo reduce la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH y la de sus familias, sino que además una salud mental deficiente está estrechamente relacionada con la no observancia de los tratamientos (Singh et al., 1999; Gordillo et al., 1999). Hasta la fecha, en la planificación de la atención y el tratamiento del VIH en general no se ha tenido en cuenta la necesidad de integrar intervenciones sólidas para la salud mental y el

COINFECCIÓN POR EL VIH Y HEPATITIS B Y C

Como las transfusiones de sangre sin analizar y el consumo de drogas intravenosas son las principales vías de transmisión del VIH y el virus de la hepatitis B o C, muchos seropositivos también están infectados por los virus de la hepatitis B y C. Se ha estimado que en los Estados Unidos y Europa, el 30% de las personas infectadas por el VIH también están infectadas por el virus de la hepatitis C (Kontorinis, Agarwal y Dieterich, 2005); en esta cifra se incluye hasta el 90% de las personas que contrajeron el VIH como resultado del consumo de drogas intravenosas (CDC, 2003). También en Kenya, donde el consumo de drogas intravenosas es mucho menos prevalente que en otras partes del mundo, casi uno de cada 25 pacientes encuestados en uno de los principales dispensarios de tratamiento del SIDA estaban coinfectados por la hepatitis C (Karuru et al., 2005). La infección por el VIH puede acelerar la progresión de la hepatitis C, lo que aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad hepática que puede poner en peligro la vida (Bonacini et al., 2004).

Dos fármacos antirretrovíricos eficaces contra el VIH también son eficaces contra el virus de la hepatitis B, y la terapia antirretrovírica puede proporcionar beneficios indirectos para pacientes con infección crónica por hepatitis B. Aunque existen tratamientos eficaces para la infección por hepatitis C recién contraída o crónica, el tratamiento es costoso (en promedio, US\$ 25 000 por un tratamiento de 48 semanas) y no suele estar disponible en países de ingresos bajos y medianos. La sincronización de la terapia para la infección por hepatitis C también puede verse afectada por la presencia de infección por el VIH, ya que los médicos aconsejan que la restitución inmunitaria que sigue a una terapia antirretrovírica para el VIH preceda al inicio del tratamiento antivírico para la infección por hepatitis C (Cooper, 2005). Para asegurar que los consumidores de drogas intravenosas se benefician plenamente de las terapias antirretrovíricas, las directrices nacionales deben proporcionar una orientación clara sobre los fármacos antirretrovíricos para personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis B o C.

apoyo psicológico (Baingana et al., 2004).

La terapia antirretrovírica es probablemente la intervención más eficaz para trastornos mentales relacionados con el VIH, al reducir la incidencia de la demencia y mejorar las funciones cognitivas y del comportamiento. Sin embargo, no trata la depresión subyacente ni otros problemas mentales que no están relacionados con la infección por el VIH (Siegel et al., 2004). Las iniciativas para ampliar el acceso al tratamiento antirretrovírico deben ir acompañadas por una mayor capacidad para detectar la enfermedad mental, la integración de servicios de apoyo psicológico en los programas de tratamiento y un mejor acceso a las medicaciones psicotrópicas (Baingana et al., 2004).

CUIDADOS PALIATIVOS

Incluso con el mejor tratamiento para el VIH, los cuidados paliativos para el tratamiento de los síntomas, el control del dolor y la atención de enfermos terminales siguen siendo un componente importante de un conjunto integral de medidas de atención para personas infectadas por el VIH. La OMS ha desarrollado las directrices de la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en los Adolescentes y los Adultos para los cuidados paliativos (OMS, 2006b), pero también hay otros manuales, protocolos y sistemas para controlar el dolor y para la atención de enfermos terminales en lugares con pocos recursos.

Recientemente, en una revisión analítica de 26 organizaciones que ofrecen servicios de cuidados paliativos en África subsahariana se observó que la atención de carácter paliativo realizada en hospitales es prácticamente inexistente en la región a causa de su elevado costo y la

baja prioridad que le otorgan los sistemas sanitarios. Aunque está demostrada la eficacia de la asistencia domiciliaria como una excelente fuente de asistencia paliativa para personas infectadas por el VIH, el acceso a esta atención es muy reducido, especialmente en las zonas rurales. Normalmente, las variadas e intensas necesidades de las personas que viven con el VIH desbordan la capacidad de los recursos de apoyo comunitarios y el estigma asociado con el VIH y el SIDA hacen que las familias no accedan a los servicios paliativos que podrían estar disponibles. Es urgente un mayor compromiso para integrar los cuidados paliativos en el tratamiento integral de pacientes y desarrollar protocolos simplificados que permitan la administración de cuidados paliativos por personal médico y personal no profesional (Harding and Higginson, 2005).

La investigación es vital

Uno de los pilares fundamentales de la iniciativa “Tres millones para 2005” fue la identificación y rápida aplicación de nuevos conocimientos. La iniciativa hizo hincapié en aprender a partir de la experiencia, concediendo alta prioridad a la evaluación y el análisis continuos del rendimiento de los programas, y se centró en la investigación operativa.

En colaboración con la Secretaría del ONUSIDA y otros asociados, la OMS ha desarrollado directrices de vigilancia de pacientes que reciben atención del VIH y terapia antirretrovírica, con el fin de ayudar a los centros de atención primaria a recoger datos de seguimiento de adultos y niños. Los registros de los pacientes y los archivos de los establecimientos de salud aportan datos que pueden ser útiles para los esfuerzos de evaluación. La

OMS ha apoyado a cuatro países en el desarrollo de planes de investigación operativa asociados con la ampliación del acceso al tratamiento y los donantes bilaterales también están invirtiendo una cantidad significativa de recursos en evaluaciones enfocadas en programas.

Actualmente se observan diferencias notables en las directrices con respecto al inicio de la terapia antirretrovírica, sin que hasta la fecha se hayan realizado ensayos aleatorios para determinar el momento óptimo para esta terapia (Wood et al., 2005). Una de las cuestiones que aún no tienen respuesta es el beneficio clínico a largo plazo, si lo hay, de administrar terapia antirretrovírica en las primeras fases de la infección. Hay que seguir inves-

tigando para proporcionar a los médicos y los pacientes una base más sólida para tomar decisiones importantes relativas al tratamiento.

También hay que investigar más sobre la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas. Por ejemplo, aunque la terapia antirretrovírica reduce la incidencia y la gravedad de la demencia relacionada con el VIH, en zonas donde hace mucho tiempo que tienen acceso a los fármacos antirretrovíricos ha aumentado la prevalencia de enfermedades neurológicas entre las personas que viven con el VIH. Esto subraya la necesidad de desarrollar nuevas estrategias terapéuticas que actúen directamente sobre el sistema nervioso central (Perry et al., 2005).