

# SIDA: la pandemia de fin de siglo

Resumen, conclusiones y recomendaciones

preparado por los Drs. José Antonio O'Daly Carbonell\*, Oscar Beaujon Rubín\*\*, José Esparza\*

## 1. Introducción

Cumpliendo con una de sus funciones estatutarias, como es la de proveer un foro para la discusión de los grandes problemas de salud pública en nuestro país, la Academia Nacional de Medicina organizó el simposium "SIDA: la pandemia de fin de siglo". El simposium se celebró en los salones del Hotel Caracas Hilton, los días 19 y 20 de setiembre de 1997. El mismo fue co-patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS); el programa TALVEN (Talento Venezolano en el Exterior) de la Delegación Venezolana ante la Organización de las Naciones Unidas por la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); la Sociedad Venezolana de Infectología; el Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA); y la Fundación Daniela Chappard.

El Dr. Oscar Beaujón Rubín, Vicepresidente de la Academia, pronunció las palabras de bienvenida y señaló que las conclusiones y recomendaciones del simposium serán presentadas a la Academia para su consideración, y posteriormente serán hechas llegar al Ejecutivo Nacional. En el acto de instalación también participó el Dr. Carlos Hernández (Presidente de la Academia), el Sr. Ricardo Tichauer (Coordinador Residente de las Naciones Unidas y Presidente del Grupo Temático de ONUSIDA en

Venezuela) y la Dra. Merci Uzcátegui (Jefe del Programa de VIH/SIDA del MSAS, en representación del Dr. José Felix Oletta, Ministro de Sanidad). También se leyó un mensaje enviado por el Dr. Francisco Kerdel Vegas (Individuo de Número de la Academia y actualmente Embajador de Venezuela en Francia y ante la UNESCO) en representación del Programa TALVEN.

La reunión contó con la participación de un distinguido grupo de expositores venezolanos, algunos de ellos venidos del exterior como parte del Programa TALVEN: Drs. Sunyl Daryanani (Birmingham, Gran Bretaña), José Esparza (ONUSIDA, Ginebra, Suiza), Jorge Flores (División de SIDA, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, Maryland, Estados Unidos), Mario Gorziglia (Genetic Therapy Inc., Gaithersburg, Maryland, Estados Unidos) y Daniel Scott (Servicio de Inmunopatología e Inmunoematología, Instituto Pasteur, París Francia).

El simposium, que fue organizado por los Drs. Oscar Beaujón Rubín, José Esparza y José Antonio O'Daly Carbonell, consistió de una serie de presentaciones individuales, conferencias plenarias (dictadas por los venezolanos venidos del exterior), y mesas redondas seguidas de preguntas y respuestas. Estas fueron agrupadas en cinco sesiones para discutir los aspectos: epidemiológicos y de salud pública; básicos; clínicos; terapéuticos; y éticos, sociales y comunitarios.

## 2. Aspectos Epidemiológicos y de Salud Pública

El simposium se inició con una presentación del Dr. José Esparza, quien describió el "Estado actual de la pandemia de VIH/SIDA en el mundo", los retos que ésta presenta y las posibilidades para su

Simposium organizado por la Academia Nacional de Medicina. Caracas, 19-20 setiembre de 1997

\* Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina.

\*\* Individuo de Número y Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.

\*\*\* Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Nacional de Medicina. Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA- ONUSIDA.

posible control en el futuro. Desde que el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue identificado en 1981 en los Estados Unidos, más de 7 millones de personas han muerto de esa enfermedad. Más aún, se estima que cerca de 30 millones de personas en el mundo ya han sido infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el agente etiológico del SIDA. Cerca del 90% de esas infecciones han ocurrido en países en vías de desarrollo. Se calcula que para finales de 1996 habían 22.6 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en el mundo: 14 millones en el África sub-sahariana, 5.2 millones en el sur y sur-este asiático, 1.5 millones en la América Latina y el Caribe, 750 000 en la América del norte, y 510 000 en Europa occidental. La más alta prevalencia del VIH en la población general se observa en el África sub-sahariana (5,6%), seguida por el Caribe (1,7%), el sur y sur-este asiático (0,6%), la América Latina (0,6%) y los países industrializados de Norteamérica, Europa occidental y Australasia (0,3%). Sin embargo, y a pesar del intenso esfuerzo internacional que se ha hecho para controlar esta pandemia, el VIH continúa su diseminación. Cada día se infectan con el VIH cerca de 9 000 personas (5 000 en el África sub-sahariana, 3 000 en el Asia y 500 en la América Latina), lo cual representa cerca de 3 millones de infecciones nuevas por año. La mayoría de esas infecciones (75%-85%) ocurren por transmisión heterosexual. En algunos países africanos la prevalencia de VIH entre mujeres que asisten a consultas prenatales es del 20% al 40%. En otros países del sur de África, donde el VIH entró más tardíamente, la prevalencia del virus entre embarazadas ha aumentado del 1 al 14% en los últimos seis años. Lo mismo ocurre en algunos países de Asia, donde el virus también entró relativamente tarde y en los cuales se presencian crecimientos explosivos de la epidemia. El VIH ha estado presente en la América Latina desde el principio de la pandemia. Sin embargo, la epidemia de la América Latina todavía no ha llegado a las magnitudes dramáticas que ésta tiene en África, o que se está adquiriendo en Asia. El SIDA fue identificado por primera vez en Venezuela en 1982/1983 y desde entonces, y hasta finales de 1996, se habían reportado 6 299 casos, 5 706 en hombres y 593 en mujeres. Actualmente, en Venezuela se reportan cerca de mil casos nuevos por año. Sin embargo, si se toma en cuenta el subregistro, el número real de casos podría ser dos o tres veces

mayor que los reportados. Aunque en Venezuela se han hecho algunos estudios seroepidemiológicos, estos no son suficientemente completos para poder estimar con certeza el número de personas infectadas por el VIH y que todavía no han demostrado las manifestaciones del SIDA. Un cálculo, aunque poco preciso, pondría ese número entre 100 000 y 200 000 personas. La ruta de transmisión más frecuentemente reportada en hombres con SIDA en Venezuela es la homosexual/bisexual (46%), seguida por la heterosexual (15%), aunque existe un 33% de casos en los cuales no se reporta la vía de transmisión. La mayoría de las mujeres con SIDA (59%) se han infectado por transmisión heterosexual (58%). Venezuela debe intensificar sus programas de prevención y control de SIDA, para evitar que llegue a situaciones como las que hoy en día se encuentran muchos países menos afortunados de África y Asia. Es necesario aprender de la experiencia de los países y adaptarla a nuestra realidad. Aunque las herramientas que hoy en día tenemos contra el VIH/SIDA no son perfectas, éstas ofrecen una oportunidad para defendernos de la epidemia: educación y disminución de comportamientos de riesgo, promoción de una vida sexual responsable (que en algunos casos podrían llegar a recomendar el uso de métodos de barrera-condón), diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), las cuales podrían actuar como co-factores para la transmisión del VIH, etc. Otros expositores en este simposium discutirán las diferentes intervenciones disponibles para la infección por el VIH, o para cuidar de las personas infectadas. Por conocer que esas intervenciones no son perfectas, durante el simposium también se discutirán las necesidades de investigaciones futuras, que incluyen el desarrollo de vacunas contra el VIH/SIDA.

A continuación se llevó a cabo una mesa redonda sobre "El SIDA como problema de salud en Venezuela", coordinado por el Dr. Antonio González Mata (Barquisimeto) y con la participación de los Drs. Ana Carvajal, Ivelice Natera y Mario Comegna de Caracas.

La Dra. Ana Carvajal habló sobre "VIH en mujeres". De los 21.8 millones de adultos que en el mundo viven con VIH/SIDA, 12.6 millones son hombres y 9.2 millones son mujeres. La relación de casos entre hombres y mujeres varía en diferentes partes del mundo y depende del patrón de transmisión predominante. En la América Latina (así como también en la América del Norte y en Europa

occidental), la transmisión homosexual predominante definió, al principio de la epidemia, relaciones de casos hombre: mujer cercanas a 10:1. Sin embargo, con el aumento sostenido de la transmisión heterosexual, esa relación se hace menor cada día, una situación que también se está observando en Venezuela. En Africa, donde la transmisión heterosexual es la predominante, la relación se invierte, con aproximadamente 1,5 mujeres infectadas por cada hombre infectado. Eso señala la alta vulnerabilidad (biológica y social) de las mujeres en esta epidemia. En Venezuela, es urgente aumentar los servicios de prevención y diagnóstico del VIH/SIDA dirigidos a las mujeres, así como instaurar medidas que eviten la discriminación de aquellas infectadas por el VIH. En este sentido, organizaciones no gubernamentales (ONG) tales como las asociaciones AMBAR (Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia Recíproca) y AMAS (Asociación de Mujeres Activistas Seropositivas) desarrollan una labor muy importante. Cerca del 30% de las mujeres infectadas también pueden transmitir el VIH a sus hijos, ya sea durante la gestación, parto o lactancia. Se conocen tratamientos (tales como el llamado protocolo ACTG 076, con AZT o zidovudina) que reducen la transmisión vertical del VIH de un 25% a un 8%. Sin embargo, esos tratamientos no están disponibles en Venezuela, debido a su alto costo y a las deficiencias existentes en los servicios de atención prenatal.

El tema "SIDA en niños" fue tratado por la Dra. Ivelice Natera. Hasta setiembre de 1996, en Venezuela se habían notificado un total de 105 casos de SIDA por transmisión perinatal. El primer caso de SIDA en niños fue descrito en el Hospital "JM de los Ríos" en 1987. Entre 1994 y 1997, de 35 embarazadas infectadas por el VIH, nacieron 14 niños infectados. El 20% de ellos desarrolló enfermedad precoz (a los tres meses de edad), mientras que la mayoría progresó a SIDA más tardíamente (a los tres años de edad). Ninguno de esos pacientes recibió tratamiento antiretroviral triple, puesto que existen muy pocas combinaciones de drogas que han sido aprobadas para uso pediátrico. La incidencia de casos pediátricos de VIH/SIDA parece ir en aumento, y ello refleja el aumento en la transmisión heterosexual y la infección entre mujeres. Durante 1997 en el Hospital "JM de los Ríos" se han estado diagnosticando 5 niños infectados por mes. Se considera urgente implementar un control prenatal más estricto, aumentar la información sobre

enfermedad en la colectividad, y asegurar medidas para un diagnóstico precoz de la infección por VIH.

Para cerrar la mesa redonda sobre "El SIDA como problema de salud pública en Venezuela", el Dr. Mario Comegna resumió los conocimientos actuales sobre "Transmisión sexual del VIH". Recordó que en Venezuela (hasta setiembre de 1996), el 89,99% de todos los casos de SIDA notificados a las autoridades sanitarias fueron debidos a la transmisión sexual del virus. La mayoría de los casos (en ambos sexos) fueron por transmisión homosexual (49,2%), seguidos por transmisión heterosexual (31,1%) y bisexual (19,8%). La transmisión sexual del VIH es fenómeno complejo, donde participan factores variables y del huésped. Diferentes cepas del virus pueden tener diferente capacidad de infectar las células de mucosas genitales. Factores genéticos de huésped, tal como la presencia de mutaciones en el gene humano que codifica un segundo receptor para el VIH (la mutación delta 32 en el gene CCR5) pueden disminuir la susceptibilidad a la infección por ciertas cepas del virus. Entre los factores que puedan aumentar la eficiencia de transmisión sexual del VIH se encuentran: una alta carga viral en la pareja positiva, sobre todo durante las primeras semanas después de la infección, o cuando el paciente progresa a enfermedad; lesiones traumáticas genitales que podrían facilitar la entrada del virus; las relaciones sexuales anales; la presencia de otras ETS, tales como clamidias y gonorrea, las cuales aumentan entre 1,5 y 7 veces la eficiencia de transmisión del VIH; la ectopia del cuello uterino y las úlceras cervicales; el uso de dispositivos intrauterinos; el uso de algunos contraceptivos orales, los cuales parecen aumentar la eficiencia de transmisión entre 2 y 4,5 veces (aunque esa información es todavía muy controversial); la menstruación que aumenta en 1,5 veces el riesgo de contraer infección; las relaciones sexuales durante la menstruación, que aumentan en 3,5 veces el riesgo del hombre de contraer el VIH. Por otro lado, hay circunstancias en las cuales la transmisión del VIH está (o podría estar) disminuida: el uso de terapia antiretroviral, con una disminución de la carga viral en la persona infectada; la circuncisión, que parece disminuir la transmisión en un 1,7 a 8 veces; el uso de condones y espermicidas. Como práctica general, el uso de métodos contraceptivos de barrera, la disminución del número de parejas y de la promiscuidad, la educación a nivel comunal y la promoción de una

vida sexual sana y segura, disminuirán la frecuencia de infecciones por el VIH en la comunidad.

La discusión de los aspectos epidemiológicos y la salud pública concluyeron con una conferencia magistral del Dr. Jorge Flores, la cual versó sobre la "Evaluación de múltiples estrategias en la prevención del SIDA". Las intervenciones que actualmente se utilizan (o desarrollan) para prevenir infecciones por el VIH son las siguientes: disminución de la exposición al virus por medio de educación y disminución de comportamientos de riesgo; barreras físicas a la transmisión sexual (condón); microbicidas vaginales; vacunas; y quimioprofilaxis. Muchas de estas intervenciones no han sido debidamente validadas por pruebas clínicas controladas y su uso se basa en evidencias que podríamos llamar circunstanciales. En principio, sería necesario realizar ensayos clínicos de campo de esas intervenciones, con controles aleatorios y medición de resultados biológicos (tales como infección por el VIH u otras ETS). Sin embargo, es difícil organizar un grupo control, debido a problemas éticos que se encontrarían en el diseño de las pruebas (lo cual impondrían negar al grupo control una intervención que "se cree" es eficaz). En Estados Unidos se han realizado experiencias para evaluar el efecto de una educación intensa (10 sesiones cada tres meses) en hombres homosexuales lo cual fue más eficaz en reducir la infección por VIH que un esfuerzo educativo más modesto (una sesión cada seis meses). Pruebas clínicas de campo realizadas en Africa, han confirmado la hipótesis que el tratamiento de otras ETS disminuye la transmisión del VIH. Asimismo, se están haciendo pruebas de campos para estudiar el efecto de diferentes microbicidas vaginales sobre la frecuencia de infección por VIH y por otras enfermedades de transmisión sexual. Finalmente, sabemos que la quimioprofilaxis es efectiva en casos de trabajadores de la salud que han sido expuestos accidentalmente al virus, al recibir pinchazos con jeringas infectadas. En esos casos, la administración temprana de AZT (zidovudina) disminuye las infecciones en un 80%. El uso de doble terapia (AZT y otra droga antiretroviral) podría incluso ser más eficaz que el AZT solo, en prevenir esas infecciones. Lo que no se sabe todavía es si la terapia antiretroviral sería igualmente eficaz en prevenir infecciones por transmisión sexual.

### 3. Aspectos básicos

La mesa redonda sobre "Avances recientes en

ciencias básicas", coordinada por el Dr. José Esparza, incluyó la participación de los Drs. Gloria Echeverría de Perez (Instituto de Inmunología, Universidad Central de Venezuela, Caracas), Jorge Flores, Daniel Scott y Mario Gorziglia.

La Dra. Echeverría de Perez inició la discusión con una presentación sobre "Aspectos virológicos". Señaló que el VIH es un retrovirus (lentivirus) que infecta células que poseen el receptor CD4, incluidos linfocitos T CD4+, células de Langerhans, macrófagos y células linfocitulares. La transcriptasa reversa del virus copia el genoma viral de ácido ribonucleico (ARN) en un provirus de ácido desoxirribonucleico (ADN), el cual es integrado en el ADN celular. Eventualmente, el provirus se activa y es copiado a ARN, ocurre entonces la traducción a proteínas, y se ensamblan éstas junto con el ARN genómico, para formar nuevos virus. La medida de la concentración de ARN genómico en el plasma de pacientes infectados (la carga viral plasmática) es una indicación de que el VIH se está replicando. En las semanas que siguen a la infección por el VIH, la carga viral aumenta rápidamente, hasta niveles de cerca de un millón de copias de ARN viral por mililitro de plasma. Sin embargo, ese "pico" de viremia (virus en sangre) es controlado dentro de los 3-6 meses después de la infección primaria y alcanza un nivel estable (que en inglés se denomina *set point*) que difiere de paciente a paciente. La evidencia que se tiene sugiere que pacientes que alcanzan un nivel estable bajo en su carga viral, tienden a progresar lentamente al SIDA. Por otro lado, pacientes con niveles estables altos, progresan con más rapidez. En todos los casos, la carga viral aumenta cuando el paciente comienza a manifestar los síntomas del SIDA, lo cual en promedio ocurre unos 8 años después de la infección inicial. Durante este período de "latencia clínica", el número de linfocitos T CD4+ cae progresivamente. Sin embargo, este período de "latencia clínica" es un período de activa replicación viral, en el cual se detectan niveles altos de virus en los ganglios linfáticos. Los tratamientos combinados triples (triple terapia), donde típicamente se administran dos inhibidores de la transcriptasa reversa viral (la enzima que copia el ARN viral a ADN proviral) y un inhibidor de la proteasa viral (la enzima que procesa las proteínas virales antes del ensamblaje del virus) son capaces de bajar significativamente la carga viral; ello resulta en beneficios clínicos que se traducen en un aumento en la supervivencia del paciente.

A continuación, el Dr. Jorge Flores discutió aspectos de la "Patogénesis del VIH/SIDA". Un fenómeno clave para entender la patogénesis de la enfermedad por VIH es la alta variación genética que este virus presenta, debido tanto a una alta frecuencia de mutaciones en el genoma viral como a la selección de variantes virales por presiones inmunológicas del huésped infectado. La replicación viral es controlada por la respuesta inmune del huésped, principalmente por las respuestas celulares mediadas por linfocitos T citotóxicos (LTC). En las fases tempranas de la infección, la respuesta inmunológica dominante es del tipo TH1, la cual aumenta la inmunidad mediada por células (LTC). Luego, en etapas más avanzadas de la infección, cuando disminuye los linfocitos T CD4+, se produce un cambio de la respuesta de TH1 a TH2, a través de la inducción de sus respectivas citokinas, con la aparición de anticuerpos que no parecen ser capaces de neutralizar la replicación viral. Durante el período de "latencia clínica", los LTC del tipo CD8+ parecen ser capaces de mantener el virus bajo cierto control. Cuando esas células comienzan a perderse, por falta de "ayuda" por parte de los linfocitos T CD4+, se produce una activación de los virus, aumenta su replicación en los ganglios linfáticos y su presencia en la sangre periférica. En el momento de la infección inicial, las células que son inicialmente infectadas serían células de Langerhans presentadoras de antígeno, o células dendríticas, seguidas de otras células con receptores CD4. Los virus más abundantes durante las primeras fases de la infección son del tipo macrófago-trópicos, los cuales mutan a linfo-trópicos cuando la infección progresa. Ese cambio viral podría ser, al menos parcialmente, responsable de la progresión de la enfermedad. Investigaciones recientes han indicado que para que el VIH pueda infectar una célula, necesita, además del receptor CD4, un segundo receptor. En la gran mayoría de los virus transmitidos, que son generalmente del tipo macrófago-trópico, este receptor se denomina CCR5 (que es también un receptor para ciertas quemokinas). Por otro lado, los virus linfo-trópicos son capaces de usar el CCR5 y también otro receptor de quemokinas conocido como fusina o CXCR4. Hay personas que poseen una delección en el gene que codifica el CCR5, denominada delta 32. Los individuos que han adquirido esa mutación tanto de su padre como de su madre (en otras palabras, que son homocigóticos para la mutación) parecen ser resistentes a los virus

macrófago-trópicos. Sin embargo, se han demostrado situaciones en las cuales pacientes homocigóticos han sido infectados por virus linfo-trópicos y, en esos casos, la progresión de la enfermedad ha sido más violenta. Existe cierta evidencia que sugiere que personas heterocigotas para la mutación delta 32, que sí pueden ser infectadas por virus macrófago-trópicos, tienen una progresión a SIDA más lenta. En Estados Unidos y en Europa occidental se encuentra una frecuencia de homocigóticos para delta 32 en el orden del 1%-2%, pero esa mutación parece ser mucho menos frecuente en otras poblaciones. Los ganglios linfáticos constituyen un santuario para la replicación del VIH y cuando el virus se escapa de la respuesta inmune, aumenta su replicación y sobreviene la destrucción final del sistema inmunológico. El virus destruye las células del huésped mediante necrosis, lisis, o apoptosis. El efecto citopático del virus podría explicarse por la inhibición de las citokinas necesarias para mantener las funciones de los linfocitos T CD4+. La proteína gp120 de la envoltura viral también podría servir de señal para inducir la muerte celular. Los linfocitos T CD4+ infectados son atacados por los LTC y por células dirigidas por anticuerpos (citotoxicidad mediada por anticuerpos). En las personas infectadas, los macrófagos muestran una disminución de la quimiotaxis, de la función presentadora de antígenos y de su función microbicida. Las "células naturales asesinas" (*natural killer cells* o NKC) también disminuyen progresivamente. La correlación entre una respuesta celular fuerte y el control de la replicación viral sugiere que vacunas efectivas contra el VIH deben inducir ese tipo de respuesta inmune.

Los "Aspectos inmunológicos de la infección por VIH" fueron presentados por el Dr. Daniel Scott, quien discutió el papel de las células naturales asesinas en la infección por el VIH. Estas células presentan una disminución de la capacidad citolítica en los pacientes con VIH, y el defecto es mucho más marcado en pacientes que están en progreso a la enfermedad. Aunque las células naturales asesinas pueden ser infectadas con el VIH *in vitro*, en los pacientes no parecen estar infectadas. Estos resultados indican que los defectos observados en dichas células son más bien una consecuencia de la inmunodeficiencia, que probablemente les ocasiona un aumento del fenómeno de "muerte programada" o apoptosis. Además de la disminución de su actividad citolítica, las células naturales asesinas en

personas con VIH/SIDA presentan una disminución de la capacidad de secretar interferón gamma y factor de necrosis tumoral (*Tumour necrosis factor* o TNF).

La última presentación en la mesa redonda sobre aspectos básicos fue expuesta por el Dr. Mario Gorziglia y versó sobre "Terapia genética en VIH/SIDA". La posibilidad de tratar el VIH/SIDA a través de terapia genética se basa en el hecho de que esta enfermedad podría considerarse similar a una enfermedad genética, con incorporación del genoma viral en la célula infectada. En el caso del VIH/SIDA, la terapia genética estaría orientada a prevenir la infección de nuevas células y a suprimir la infección en células crónicamente infectadas. Idealmente, se deberían proteger las células CD34+, las cuales son las progenitoras de los macrófagos y de los linfocitos T CD4+, las cuales son las células blanco para el VIH. Los posibles genes terapéuticos podrían ser introducidos en las células blanco mediante vectores virales o no-virales. Los vectores virales más avanzados están basados en retrovirus o en virus adeno-asociados, mientras que los no-virales serían complejos ADN-liposomas y ADN desnudo (plásmidos), aunque todos ellos están todavía en fase de desarrollo. Los métodos utilizados se basan en la trasducción *ex vivo* de células relevantes (linfocitos periféricos o de médula ósea) *in vitro*, seguido por su infusión en el paciente. Los genes terapéuticos a utilizar para prevenir la infección por el VIH estarían dirigidos a evitar la integración del genoma viral, a inhibir la expresión de genes virales y a activar genes suicidas en las células infectadas. La supresión del VIH podría ser lograda con la producción intracelular de ARN y proteínas, tales como señuelos de TAR y RRE (que son señales de control del VIH), ribozimas, anticuerpos intracelulares y prodrogas activadas por enzimas. Algunas de esas estrategias están en fase clínica temprana. Es posible que la combinación de estas terapias genéticas con drogas antiretrovirales, puedan contribuir al control permanente de la carga viral en las personas infectadas.

A continuación, el Dr. José Esparza dictó una conferencia magistral sobre "Vacunas contra el VIH/SIDA". Una vacuna segura, altamente eficaz y accesible se necesita con urgencia para controlar la pandemia de VIH/SIDA. Sin embargo, el desarrollo de esa vacuna ha encontrado problemas científicos importantes que deben ser resueltos. El problema más importante es que no conocemos qué tipo de

respuesta inmunológica podría correlacionarse con protección contra el VIH. Es así como están en desarrollo diferentes tipos de vacunas que estimulan diferentes tipos de respuesta inmune: humoral (anticuerpos neutralizantes), mediada por células (LTC), por las mucosas, o varias de ellas al mismo tiempo. Por otro lado, se han identificado diez subtipos genéticos del VIH-1 (conocidos como subtipos A al I, y O) y no es claro si esos subtipos genéticos corresponden a subtipos inmunológicos, lo cual podría requerir vacunas específicas para cada uno de ellos. Los diferentes subtipos virales también tienen una distribución geográfica diferente: el subtipo B es el más frecuente en Europa, en las Américas (incluida Venezuela), en Japón y en Australia. El subtipo E es el más frecuente en Tailandia y el C en la India. Por otro lado, prácticamente todos los subtipos se encuentran en África. En la América Latina ya se han identificado otros subtipos además del B, incluyendo el F, C y E. Los experimentos de protección en primates (chimpancés y monos) han dado resultados conflictivos, difíciles de extrapolar al hombre. A pesar de esas incertidumbres científicas, numerosos tipos de vacunas experimentales están en desarrollo basadas en: glucoproteínas de la envoltura viral (gp120 y gp160), péptidos sintéticos (que representan el asa V3 de la gp120, o segmentos de otras proteínas inmunogenéticas), vectores recombinantes vivos bacterianos o virales (tales como los virus de la vaccinia y del canaripox o el BCG), ácido nucleico viral desnudo (inmunización genética), virus vivos atenuados. Algunas de esas vacunas experimentales (gp120, gp160, péptidos sintéticos, vectores vivos recombinantes y ADN desnudo) ya están siendo evaluadas en voluntarios humanos seronegativos. Más de 3 000 voluntarios, la mayoría de ellos en Estados Unidos, han participado desde 1987 en pruebas de fase I/II, donde han evaluado cerca de 25 diferentes vacunas experimentales. Esas pruebas han demostrado que las vacunas son seguras y (algunas de ellas, capaces de inducir respuestas inmunológicas específicas (contra el VIH). Algunas de esas pruebas de fase I/II también se han realizado en países en vías de desarrollo (Brasil, China, Cuba y Tailandia). Sin embargo, todavía no se tiene información sobre si esas vacunas son capaces de proteger contra el VIH. Para contestar esa importante pregunta se necesitan hacer pruebas de fase III (o de eficacia), las cuales necesitarán la participación de varios miles de voluntarios. Esas pruebas, que son muy complicadas

desde el punto de vista científico, logístico y éticos, están en preparación tanto en Estados Unidos como en varios países en vías de desarrollo. Se estima que la primera prueba de eficacia se iniciará en 1998/1999 y durará unos tres o cuatro años. Por esa razón, todavía tendremos que esperar hasta principios del siglo XXI para conocer los primeros resultados.

#### 4. Aspectos clínicos

La mesa redonda sobre “Aspectos clínicos” fue coordinada por el Dr. Manuel Guzmán Blanco y contó con la participación de los Drs. Rafael Muci-Mendoza, Jorge Murillo, Libia Henao, Sunil Daryanani, Jorge Rodríguez, Adelina Coronado.

El Dr. Manuel Guzmán Blanco discutió las “Manifestaciones generales del SIDA”. La definición del SIDA fue desarrollada por el CDC (Centro para la Prevención y Control de Enfermedades) de Atlanta, en agosto de 1983. Los cuatro primeros casos en Venezuela fueron identificados por el grupo del Dr. Guzmán Blanco en 1982/1983, tres por transmisión posiblemente homosexual y uno por transfusión en el exterior. La infección aguda por el VIH presenta un cuadro muy parecido al de una mononucleosis infecciosa y a veces, al de una meningitis aséptica. Los síntomas más comunes de la infección aguda son fiebre, faringitis, linfadenopatías, cefalea, artralgias/mialgias, letargo, anorexia y náuseas. La infección crónica se caracteriza por linfadenopatías y desgase general. Las infecciones oportunistas bacterianas son comunes al SIDA y se caracterizan por sinusitis, neumonías, infecciones intestinales, bacteriemia e infecciones en la piel.

Los “Aspectos oftalmológicos del SIDA” fueron descritos por el Dr. Rafael Muci-Mendoza, quien indicó que entre el 50% y el 73% de los pacientes con SIDA presentan manifestaciones oftalmológicas. En la conjuntiva puede observarse sarcoma de Kaposi, conjuntivitis, queratitis, molusco contagioso, así como papiledema y otras manifestaciones oculares de la meningitis. En el segmento anterior, se puede presentar sarcoma de Kaposi, microaneurismas y herpes, así como también ptosis y linfoma linfoblástico. El fondo de ojo tiene valor diagnóstico en el SIDA, al detectarse infecciones oportunistas, las cuales también suministran información sobre el pronóstico de la enfermedad. Mientras mayores sean las lesiones oculares, peor es el estado inmunológico del paciente. La ceguera en el curso

de la enfermedad es en ocasiones causa del suicidio del enfermo. Existen también retinopatías no oportunistas producidas por el VIH, caracterizadas por exudados blancos, vasculitis/periflebitis, microaneurismas, hemorragias y maculopatía isquémica. Las infecciones oportunistas que aparecen cuando los linfocitos T CD4+ caen por debajo de 150 por milímetro cúbico son: citomegalovirus, toxoplasmosis, herpes, candidiasis. A veces se presenta necrosis retiniana aguda y criptococosis o tuberculosis en la coroides. En el nervio óptico se puede encontrar retinitis por citomegalovirus, así como también tumores.

El Dr. Jorge Murillo habló sobre los “Patógenos emergentes en pacientes con SIDA”. Se ha descrito la aparición de enfermedad de Chagas, leishmaniasis visceral y cutánea, tuberculosis, histoplasmosis, criptococosis, strongyloidosis, sarna, paracoccidiosis, etc. Los patógenos aparecen en el SIDA por la inmunosupresión existente en el huésped. La infección pulmonar más frecuente es por *Pneumocystis carinii* (aunque en Africa es la tuberculosis). Otros patógenos descritos son el *Toxoplasma gondii*, *Corinebacterium parvum*, microspora, *Entamoeba histolítica*, *criptosporidium*, etc. En el sistema nervioso central se han descrito múltiples lesiones de ocupación de espacio. En cuanto a micosis, se ha encontrado candida, *Cryptococcus neoformans* e histoplasmosis en 44% de 66 autopsias realizadas en el Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad Central de Venezuela. En las heces de personas con VIH/SIDA se han encontrado bacilos ácido alcohol resistentes y en muchos casos *Micobacterium avium*. También son frecuentes la meningitis tuberculosa, la nocardiosis pulmonar, neumococos resistentes a antibióticos y citomegalovirus.

El “Cuidado de la persona con SIDA” fue discutido por la Dra. Libia Henao. Resaltó el problema económico, debido a que el tratamiento puede alcanzar hasta 500 000 bolívares mensuales y muchos de los pacientes están incluso desempleados. Cuando se elabora la historia clínica, las preguntas que los pacientes hacen más frecuentemente son: ¿Cómo y cuándo adquirí la enfermedad?, ¿Fue acaso por vía homosexual/heterosexual/bisexual?, ¿Cómo convivir con un paciente con VIH/SIDA?, ¿Cuánto me queda de vida?, ¿Qué puedo hacer?, ¿Existe alguna “medicina alternativa” que pueda usar? Es necesario dialogar con el paciente sobre asuntos relacionados a la sexualidad, a fin de minimizar los

riesgos de transmisión del VIH a otras personas. Además del tratamiento antiretroviral, que ya de por sí es muy costoso, hay que tomar decisiones sobre el inicio de la profilaxia contra las enfermedades oportunistas, que también es costosa. En este sentido, es importante considerar el papel que juegan algunas ONG, las cuales pueden ayudar a la adquisición de drogas a más bajos precios. Asimismo, en el paciente terminal, debe considerarse la medicina paliativa.

La última presentación en la mesa redonda sobre "Aspectos clínicos" fue dada por el Dr. Sunyl Daryanani y versó sobre "Tumores en SIDA". Indicó que la enfermedad oncológica en pacientes con VIH/SIDA en Venezuela es muy baja y en caso de presentarse, es muy agresiva y aparece en estadios avanzados de la enfermedad.

El Dr. Daryanani también dictó una conferencia magistral sobre "Linfoma Hodgkin y no-Hodgkin en infecciones por VIH".

Las "Implicaciones psicosociales de los pacientes con SIDA" fueron discutidas por los Drs. Jorge Rodríguez y Adelina Coronado. El Dr. Rodríguez indicó que el labor del psicólogo y del psiquiatra deben abarcar dos aspectos: el informativo y educacional, y el clínico y psicológico de la enfermedad. Los trastornos psiquiátricos que se observan en los pacientes con SIDA pueden ser debidos a un efecto directo del virus, o secundarios a otras situaciones, tales como la "cercanía a la muerte" en pacientes con enfermedad avanzada. Los síndromes neuropsiquiátricos que se presentan en los pacientes con SIDA son los siguientes: 1. Complejo de demencia asociada al SIDA, el cual se observa en un 60% de los pacientes avanzados, y cuya frecuencia disminuye a un 15% cuando se utiliza terapia antiretroviral; 2. Delirio, que es la complicación más frecuente en pacientes hospitalizados, los cuales presentan un síndrome mental orgánico agudo, donde con frecuencia se puede identificar la causa (infección oportunista del sistema nervioso central, anemia severa, trastornos electrolíticos, neoplasias); 3. Psicosis agudas o crónicas; 4. Trastornos del humor y de la adaptación al medio, como la ansiedad, que incluso puede llevar al suicidio. Los cuadros maníacos se presentan diez veces más frecuentemente que en la población general. Cuadros depresivos se encuentran en un 8%-22% de los pacientes asintomáticos; 5. Disminución en el ácido homovalínico, lo cual induce alteraciones de la dopamina en el sistema nervioso central, por

lesiones ocasionadas por el VIH en los núcleos subcorticales. Por esa razón, se recomienda usar antipsicóticos a bajas dosis, a fin de impedir el extrapirramidalismo. El Dr. Rodríguez concluyó que el tratamiento psiquiátrico debe elejirse con mucho cuidado, deben administrarse los antidepresivos lentamente y a bajas dosis, y utilizar mucha psicoterapia y apoyo familiar. La presentación del Dr. Rodríguez fue complementada por la intervención de la Dra. Coronado, quien discutió la alta frecuencia de suicidios (entre un 13% y 25%) en pacientes con VIH/SIDA, sobre todo en pacientes infectados que todavía no han desarrollado la enfermedad. Los suicidios son más frecuentes cuando el paciente conoce el diagnóstico serológico y cuando comienza a aparecer los primeros síntomas del SIDA. Factores sociales tales como el aislamiento, el abandono social y la disminución del apoyo familiar, aumentan la frecuencia de los suicidios. Los trastornos de ansiedad llevan al estrés agudo, al estrés pos-traumático y al pánico. Estos aparecen en 18% de pacientes asintomáticos, en un 38% de aquellos en los cuales comienza a aparecer los síntomas y en un 27% de los pacientes con SIDA. Los trastornos del sueño pueden ser primarios (debidos al efecto del virus) o secundarios (debidos a la depresión, delirios, psicosis, dolor y tratamientos). En algunos pacientes se han detectado trastornos de la base de su personalidad, los cuales podrían haberlos conducido a comportamientos de alto riesgo y eventualmente a la infección por el VIH. Algunos pacientes muestran vínculos poco permanentes, frágiles, poco satisfechos, y en general están poco protegidos tanto por el medio ambiente como por el terapeuta. Entre paciente y terapeuta se establecen transferencias psicológicas de rabia, miedo al contagio, impotencia ante la enfermedad, etc. La terapia individual y la terapia de grupo deben orientar el proceso terapéutico para ofrecerle al paciente un vínculo persistente y permeable, deben trabajar los miedos al tratamiento y a la hospitalización y ayudar al paciente a asumir la enfermedad.

### Aspectos terapéuticos

El "Tratamiento anti-retroviral" fue discutido en una presentación hecha por el Dr. Raúl Istúriz. El tratamiento del VIH/SIDA persigue: recuperar el sistema inmune, suprimir la replicación del VIH, retrasar las infecciones oportunistas y mejorar los síntomas. La terapia más efectiva hoy en día es el uso de combinaciones de drogas desde el inicio

mismo de la infección. En ese sentido se han probado numerosas combinaciones. Una de las más eficaces, es la llamada triple terapia, donde se combinan dos inhibidores de la transcriptasa reversa, generalmente análogos de nucleósidos (AZT,DDI,) con un inhibidor de la proteasa viral.

Aunque todavía en su infancia en caso del VIH/SIDA, el Dr. Mario Gorziglia dictó una conferencia magistral sobre “Terapia genética: consideraciones progreso y futuro”.

La terapia genética es una técnica terapéutica por medio de la cual un gene funcional es integrado dentro de una célula somática de un paciente, para corregir un defecto genético de nacimiento o adquirido, o para hacer que una célula adquiera una nueva función. Hay numerosos tejidos somáticos que son explorados para transferir genes terapéuticos (médula ósea, músculo, pulmón, hígado, células endoteliales y neuronas). Una gran variedad de enfermedades genéticas en las cuales se conoce el gene defectuoso han sido identificadas para posible terapia genética. Uno de los puntos claves de esta técnica es la forma cómo los genes nuevos pueden ser transportados hasta células blanco, mediante vectores virales y no virales. La escogencia del vector y el modo de aplicarlo en el organismo está relacionado a la naturaleza de la enfermedad. Para enfermedades que afectan el sistema inmunológico, como el ADA (deficiencia en adenosina deaminasa), los linfocitos T son las células blanco apropiadas. Más de 300 pruebas clínicas de terapia genética se realizan hoy en día en el mundo, aunque todavía hay muchos problemas prácticos que resolver antes de que pueda ser utilizada en la práctica médica rutinaria.

A continuación, el Dr. José Esparza coordinó una mesa redonda sobre “¿Es posible curar el SIDA?”, donde participaron los Drs. Jorge Flores, Raúl Istúriz, Jorge Murillo y Daniel Scott. El Dr. Esparza indicó que una posible curación de la infección por el VIH debe lograr al menos dos resultados: erradicar el virus y reconstituir la respuesta inmune. Asimismo señaló que existen situaciones (muy raras) en las cuales, sin tratamiento, las personas infectadas parecen haber podido eliminar el virus. El Dr. Flores describió algunas de esas situaciones, tales como algunas trabajadoras sexuales en Kenia y en Gambia, que a pesar de estar continuamente expuestas al virus, han permanecido seronegativas. Esas mujeres, sin embargo, posea CTL específicas contra el VIH, lo

cual sugiere que fueron inicialmente infectadas por el virus pero que lograron controlarlo. Asimismo, se han identificado algunos niños nacidos de madres infectadas que, infectados ellos mismos, lograron eliminar la infección. Esos casos, sin embargo, corresponden a un control de la viremia primaria y no se conocen situaciones en las cuales una infección establecida haya sido eliminada sin tratamiento. El Dr. Isturiz describió cómo el uso de drogas antiretrovirales potentes puedan bajar la carga viral a niveles no detectables. Sin embargo, siempre hay la posibilidad que aparezcan resistencias a las drogas y que el virus vuelva a aparecer. El Dr. Murrillo discutió el “modelo matemático de David Ho”. Aunque las drogas antiretrovirales son capaces de inhibir la replicación del virus éstas no son capaces de eliminar el VIH que está integrado como provirus en las células del huésped. Para poder erradicar la infección, es necesario que todas las células que contienen el genoma viral integrado mueran “de viejas”. El modelo matemático estima que los macrófagos son las células más longevas, y que se necesitaría mantener la viremia en “cero” por cerca de cuatro años, tiempo necesario para que muera el último de los macrófagos infectados. Probablemente, se necesitan mejores y más potentes drogas antiretrovirales para poder mantener el virus bajo control por el tiempo necesario para considerarlo erradicado. El Dr. Scott discutió algunos experimentos recientes en pacientes tratados con terapia triple, en los cuales se ha podido observar cierta recuperación inmunológica. En resumen, todavía es muy temprano para asumir que con las drogas existentes se podrá “curar el SIDA” y la prevención de la infección continuará como una de las prioridades de salud pública.

Para concluir los aspectos terapéuticos, el Dr. Daniel Scott dictó una conferencia magistral titulada “Reconstitución de la respuesta inmunitaria durante el tratamiento de la infección por el VIH-1 con triple terapia. Identificación de diferentes subgrupos según el grado de respuesta inmunológica o virológica”. El Dr. Scott discutió su experiencia con 75 pacientes no tratados y con valores relativamente altos de linfocitos T CD4+ (media de 385 células por milímetro cúbico), que comenzaron a recibir triple terapia antiretroviral, lo cual logró una disminución de la carga viral hasta niveles no detectables. Al cabo de seis meses de tratamiento, se observó un aumento en el número de los linfocitos T CD4+. Los pacientes también recuperaron las respuestas *in vitro* contra

diferentes antígenos de memoria, y se detectó también un aumento de la secreción de interleukina 2 (IL2), interferón y RANTES en los sobrenadantes de cultivo. También se observó la aparición de respuesta contra el antígeno viral p24, aunque todavía no se puede decir nada de la significación clínica de esa observación.

## 6. Aspectos éticos, sociales y comunitarios

La discusión se inició con una presentación del abogado Victor Cróker (Acción Ciudadana contra el SIDA, Caracas), sobre "Aspectos legales y derechos humanos". Indicó que la discriminación contra las personas con VIH/SIDA es también una epidemia que debe ser combatida por la ciudadanía.

El Dr. Augusto León (Individuo de Número de la Academia) discutió los "Aspectos éticos" y, consideró varios aspectos: responsabilidad del Estado, deberes de los médicos, derechos de los enfermos, SIDA y medio laboral, y SIDA y medio universitario. Aunque la Constitución Nacional le otorga al Estado el derecho a tomar medidas para proteger la salud de la población y controlar epidemias, existen todavía muchos puntos a aclarar sobre su derecho a forzar el diagnóstico de infecciones por VIH, establecer "cuarentenas", etc. Con respecto a los deberes de los médicos, es claro que estos están obligados por la ley a prestar atención médica a los pacientes con VIH/SIDA, de lo contrario podrían ser condenados a penas de prisión. También está penado para los médicos el proveer información falsa sobre diagnósticos de VIH/SIDA, puesto que el certificado médico implica una responsabilidad moral y penal. Hay preguntas importantes: ¿Qué límites tiene el derecho a la confidencia?, ¿Tiene el enfermo con VIH/SIDA derecho al secreto médico? En esos casos es necesario balancear el bien individual versus el bien colectivo. Por otro lado, está bien establecido que una persona tiene el derecho a saber que se le efectuará un examen para detectar la infección por VIH, el cual sólo podrá hacerse con su debido consentimiento. El paciente, después, después de haber sido debidamente informado tiene el derecho a negarse a recibir tratamiento. Una situación conflictiva se refiere al derecho del paciente a saber si su médico está infectado por el VIH y en eso hay opiniones divergentes. Lo que está claro es que el médico que es VIH positivo tiene la obligación de tomar todas las precauciones para proteger a sus pacientes. Otro aspecto controversial es la detección de infección por VIH en aspirantes a

empleos. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el MSAS, en oficio de junio de 1990, estipuló que no deben someterse al diagnóstico de VIH a los trabajadores en busca de empleo. Otras personas opinan que la prueba podría hacerse, el trabajador infectado no debería ser discriminado sino, por el contrario, informado de su situación, y si es apropiado para el trabajo al cual aplica, éste debe ser empleado. Todo ello debe hacerse de la forma más confidencial. Por otro lado, se considera el uso de métodos indirectos para tratar de identificar personas infectadas, tales como interrogatorios sobre sus hábitos personales, es considerado arbitrario e irracional. Otro aspecto controversial discutido en la mesa redonda se relacionó con la aceptación de personas con VIH para iniciar estudios de medicina, lo cual, al menos en teoría, podría representar riesgos para la salud, tanto del futuro médico como de sus futuros pacientes. Estas situaciones sirven para ejemplificar lo difícil que pueden ser los análisis éticos en relación al VIH/SIDA y la necesidad de mantener un diálogo abierto entre todas las partes.

Finalmente, el Dr. José Esparza coordinó la última mesa redonda del simposium, la cual versó sobre "Aspectos sociales y comunitarios", en la cual participaron la Dra. Angela Torres (ONUSIDA, Caracas), la Sra. Nurys Contreras (Fundación Artistas por la Vida, Caracas) y el Sr. Bernard Chappard (Fundación Daniela Chappard, Caracas).

La Sra. Contreras enfatizó el "Papel de las Organizaciones No Gubernamentales", las cuales han complementado de manera muy importante lo que consideró una acción oficial insuficiente.

La Dra. Torres habló sobre SIDA y educación e inició su presentación con algunos planteamientos del Programa de Acción del Cairo: 1. Se necesitan con urgencia programas para llegar a los niños antes de que estos inicien su actividad sexual; 2. Los jóvenes deben participar directamente en las actividades que repercuten en su vida diaria; 3. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre ambos sexos, de manera que todos puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La educación debe plantearse, no en términos de reparación de daños sino más bien en forma preventiva. Entre el 60% y 70% de todas las infecciones por VIH en el mundo está ocurriendo en jóvenes entre 15 y 24 años de edad. Es un grupo de edad que en Venezuela también está siendo afectado

por otras ETS. Eso obliga a iniciar o fortalecer medidas preventivas en ese importante grupo de población. Estudios recientes han demostrado que una educación sexual adecuada lleva a los adolescentes a retardar el inicio de sus relaciones sexuales y adoptar medidas de protección. La educación sexual sobre prevención de SIDA y otras ETS debe hacerse no sólo en las escuelas, sino también a nivel de institutos de educación superior. La responsabilidad por la implementación de estas medidas debe ser compartida por muchas instituciones, incluido el Ministerio de Educación.

La mesa redonda sobre “Aspectos sociales y comunitarios” fue concluida con la presentación del Sr. Daniel Chappard, titulada “Conviviendo con el VIH/SIDA”. En una emotiva presentación, el Sr. Chappard describió su experiencia que vivió con su hija Daniela, quien vivió con VIH/SIDA. Esa experiencia lo llevo a crear la “Fundación Daniela Chappard” (co-patrocinante de este simposium) para ayudar a personas que viven con VIH/SIDA.

## **7. Análisis, conclusiones y recomendaciones**

El Dr. José Antonio O'Daly Carbonell preparó un resumen de todas las presentaciones (en el cual se basa este documento), el cual leyó al final de la reunión. El simposium fue formalmente clausurado por el Dr. Carlos Hernández, Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Un análisis de las presentaciones y discusiones realizadas durante el simposium permitió formular un número de conclusiones y recomendaciones, las cuales fueron analizadas por la Academia Nacional de Medicina, quien los adoptó en su sesión ordinaria del día para ser presentadas al Ejecutivo Nacional.

### **1. Magnitud del problema**

La verdadera magnitud de la epidemia de VIH/SIDA en Venezuela no se conoce.

Aunque en Venezuela sólo se han notificado oficialmente unos 7 000 casos de SIDA desde que el primero fue identificado en 1982, es posible que en realidad hayan ocurrido un total de entre 14 000 y 28 000 casos. El número de personas identificadas por el VIH en Venezuela, y que todavía no han manifestado la enfermedad, tampoco se conoce, aunque ese número se podría situar entre 100 000 y 200 000. Eso representaría tanto como un venezolano infectado por cada mil personas en la población

general.

Estas cifras, aunque poco precisas, apuntan hacia la gravedad problema del VIH/SIDA en Venezuela. La experiencia en otras partes del mundo indica que la epidemia no da marcha atrás. La transmisión del VIH continuará en aumento, ya sea de manera gradual, como actualmente ocurre en Venezuela y en otros países de la América Latina, o de manera explosiva, como ocurrió en Africa y como está ocurriendo actualmente en Asia y en Europa del este.

Desde el punto de vista de salud pública es necesario actuar ahora, antes de que la epidemia aumente en magnitud. Sin embargo, para poder planificar de manera racional las medidas de prevención y control, es necesario conocer mejor la realidad epidemiológica del VIH/SIDA en Venezuela.

## **Recomendaciones**

- 1.1. Estudiar estrategias para mejorar la notificación de casos de SIDA, que incluya una mejor coordinación entre las diferentes instituciones de salud, tanto en el sector público como en el privado, capacitando a los profesionales.
- 1.2. Realizar estudios seroepidemiológicos bien planificados y coordinados, en diferentes grupos poblacionales y en diferentes regiones geográficas del país, para así poder estimar de manera apropiada el número de venezolanos infectados por el VIH.

## **2. Prevención**

El 90% de los casos de SIDA oficialmente notificados en Venezuela han ocurrido en hombres, la mayoría de ellos debido a probable transmisión homo/bisexual (46%). Ese es el patrón de transmisión más frecuente observado en la mayoría de la países de la América Latina, en Europa y en Estados Unidos.

Sin embargo, existen evidencias de que la transmisión heterosexual va en aumento en Venezuela con un número cada vez mayor de mujeres y niños infectados. Sin embargo, en ausencia de datos epidemiológicos confiables, es difícil cuantificar ese posible cambio en el patrón de transmisión.

A nivel mundial se estima que cerca del 50% de todas las infecciones por el VIH ocurre en hombres y mujeres entre los 15 y 24 años de edad. Aunque no sabemos cuál es esa proporción en Venezuela, es

posible que el VIH ya esté afectando a nuestra juventud de una manera significativa. De los 6 299 casos de SIDA oficialmente notificados hasta setiembre de 1996, 1 840 (el 30%) tenían entre 20 y 29 años de edad cuando se realizó el diagnóstico. Si tomamos en cuenta que el SIDA aparece después de un período de latencia clínica de unos 8 años en promedio, eso nos indica que un alto número de esos pacientes se infectaron cuando tenían menos de 20 años de edad.

Las campañas de prevención deben estar diseñadas científicamente por medio de la identificación de las poblaciones a mayor riesgo de infección y la adecuación de dichas campañas a las necesidades reales y específicas de esas poblaciones. Actualmente conocemos intervenciones preventivas, sobre todo basadas en la educación y en el cambio de comportamiento, las cuales debidamente aplicadas, llevan a una reducción en la transmisión del VIH. Esas intervenciones deben estar dirigidas, tanto a reducir el riesgo de adquirir la infección, como a corregir las condicionantes sociales, legales y económicas que aumentan la vulnerabilidad al VIH de personas y poblaciones.

### Recomendaciones

- 2.1. Intensificar las campañas educativas que promuevan una vida sexual responsable, concentradas en poblaciones que podrían estar a mayor riesgo o vulnerabilidad para adquirir el VIH.
- 2.2. Hacer un esfuerzo especial para proteger a los más jóvenes, de ambos sexos, con programas a nivel del hogar, de la escuela y de otros institutos de educación.
- 2.3. Reforzar los servicios dirigidos a la atención de las mujeres, para mejorar sus capacidades diagnósticas y tratamiento del VIH/SIDA.
- 2.4. Diseñar estrategias para el diagnóstico temprano del VIH en mujeres gestantes, con el propósito de proveerles tratamientos antiretrovirales para disminuir la transmisión vertical del VIH.
- 2.5. Mejorar el diagnóstico temprano y el tratamiento de niños recién nacidos infectados por el VIH.
- 2.6. Estimular la participación de diferentes sectores de la sociedad, para que contribuyan con la diseminación de mensajes educativos para disminuir la circulación del VIH en la comunidad.

### 3. Investigación

El SIDA es una enfermedad nueva en el mundo. Ha sido identificada hace sólo unos 16 años (en 1981). Aunque el VIH, su agente causal, ha sido extensamente estudiado, todavía se tienen muchas interrogantes en cuanto a las características de las diferentes cepas del virus y de su posible poder patógeno. Asimismo, se necesita más información sobre la patogénesis del VIH/SIDA y sobre los factores virales del huésped que pudiesen incidir en el curso de la enfermedad.

La inmunodeficiencia causada por el VIH facilita el establecimiento de enfermedades oportunistas las cuales reflejan la diferente distribución geográfica de los genes patógenos potenciales. Con la intensificación de la epidemia en la América Latina, es posible que algunas de nuestras enfermedades tropicales contribuyan cada día más a la lista de nuevas enfermedades oportunistas en el VIH/SIDA.

Los avances internacionales en los conocimientos epidemiológicos, básicos, clínicos y terapéuticos son muy rápidos. Es necesario que Venezuela desarrolle y mantenga una infraestructura que le permita mantenerse al día sobre los resultados de las investigaciones mundiales sobre el VIH/SIDA. Si Venezuela no puede contribuir de manera significativa al conocimiento mundial de esta área tan competida, al menos debería ser capaz de poder transferir esos conocimientos con rapidez, en beneficio de los pacientes.

### Recomendaciones

- 3.1. Estimular el desarrollo de investigaciones epidemiológicas, básicas, clínicas y sociales en VIH/SIDA, incluyéndolas como prioridades en los programas de las agencias financiadoras de investigación (CONICIT y otras), universidades e institutos de investigación.
- 3.2. Desarrollar grupos multidisciplinarios de trabajo de alta calidad, que puedan acceder a programas y fondos de investigación internacionales (de ONUSIDA y otras agencias).
- 3.3. Establecer un foro interdisciplinario para la discusión profesional y científica del VIH/SIDA en Venezuela. En este sentido debe considerarse la creación de una "Sociedad Venezolana Interdisciplinaria de SIDA", que agrupe a profesionales de diversas disciplinas y que realice eventos y jornadas periódicas.

#### 4. Atención al paciente

Aunque la prevención de la infección por VIH debe ser una de las más altas prioridades, es necesario también prestar la debida atención a las necesidades de las personas que viven con VIH/SIDA. El desarrollo de nuevos medicamentos antiretrovirales, capaces de controlar la multiplicación del virus (al menos por cierto tiempo), ha sido uno de los avances más importantes en este campo. Sin embargo, un problema que ningún país en vías de desarrollo (y muchos de los desarrollados) ha podido resolver todavía es cómo asegurar que esos tratamientos, que cuestan cerca de 10 000 dólares americanos por año, estén accesibles a todas las personas que lo necesiten.

Se han hecho, y se continúan haciendo numerosos esfuerzos a diferentes niveles, nacionales e internacionales, tanto en el sector público como en el privado (incluidas las ONG), para tratar de reducir el costo de esos medicamentos, a través de diferentes tipos de negociaciones. Muchos de esos esfuerzos ya han resultado en una disminución de los costos, pero todavía falta mucho por lograr.

Por otro lado, aunque las drogas antiretrovirales son las “protagonistas” en el tratamiento del VIH/SIDA, no hay que olvidar que es necesario administrar al paciente otros medicamentos para la profilaxia y el tratamiento de enfermedades oportunistas y de otras manifestaciones del VIH/SIDA. Asimismo, el cuidado de una persona con VIH/SIDA no debe limitarse únicamente a los aspectos estrictamente médicos debe proveer también el necesario apoyo psicológico, social, moral y humano.

#### Recomendaciones

- 4.1. Es necesario capacitar mejor al personal de salud en aspectos relativos a la atención de personas con VIH/SIDA. Se deben revisar los programas en las Escuelas de Medicina y de otras carreras profesionales, para asegurarse que estos se adecúen a los comportamientos y necesidades actuales en VIH/SIDA.
- 4.2. Las diferentes sociedades profesionales médicas deben estimular actividades de educación continua, para proveer a sus asociados los conocimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad emergente, dentro de sus respectivas especialidades.
- 4.3. Se debe abrir un debate nacional para explorar, de manera racional y positiva, todas las opiniones

que pudiesen existir para aumentar el acceso a medicamentos (antiretrovirales y otros) a la personas con VIH/SIDA, dentro de la realidad económica y asistencial en la cual vive Venezuela. En ese sentido, se deben estimular estudios de costo-beneficio, que sirvan de guía a la toma de decisiones.

- 4.4. Se debe hacer un esfuerzo para que las personas que viven con VIH/SIDA se integren a las discusiones y toma de decisiones que puedan afectar su salud y bienestar.

#### 5. Ética y derechos humanos

La epidemia de VIH/SIDA ha demostrado numerosas oportunidades para que ocurra discriminación y estigmatización de las personas con VIH/SIDA, que afectan sus derechos a la educación, trabajo, vivienda, etc.

La experiencia mundial señala que la promoción de la protección social y legal de las personas con VIH/SIDA no es sólo un derecho humano fundamental, que debe ser defendido a toda costa, sino que también facilita la implementación de medidas de prevención y control de la epidemia, al permitir un mejor acceso a aquellas personas más vulnerables al VIH.

#### Recomendaciones

- 5.1. Todas las acciones encaminadas a la implementación de una respuesta nacional ante el VIH/SIDA deben hacerse dentro del más estricto respeto por los derechos humanos de las personas afectadas.
- 5.2. La sociedad debe permanecer vigilante para que el VIH/SIDA no sea utilizado para discriminar o estigmatizar a personas o a “grupos”, ni para negar los derechos que justa y legalmente les correspondan a aquellas personas que viven con VIH/SIDA.

La acción oficial ante el VIH/SIDA en Venezuela se inició en 1984, con la creación de una “Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA”, la cual tenía carácter asesor y normativo (desapareció en 1990). En 1985 se contribuyeron además comisiones regionales con igual propósito.

En 1989 se estableció una oficina especial dentro del MSAS, para coordinar las actividades

relacionadas al VIH/SIDA. Para 1997, esa oficina había evolucionado a la “División de SIDA-ETS”. El programa nacional de SIDA-ETS ha desarrollado una serie de actividades englobadas dentro de cinco componentes: vigilancia epidemiológica; educativo; laboratorios y banco de sangre; atención integral; y organización y administración.

En la actualidad (setiembre de 1997), la División de SIDA-ETS está siendo reorganizada, lo cual provee una oportunidad para implementar nuevas propuestas para intensificar la respuesta oficial ante el VIH/SIDA.

### **Recomendaciones**

- 6.1.El MSAS debe estudiar la posibilidad de aumentar sus recursos financieros y humanos dedicados al VIH/SIDA, para hacerlos más acordes con la gravedad de la situación y con las necesidades existentes.
- 6.2.La respuesta oficial debe ser multisectorial, involucrando no sólo al Ministerio Sanidad y Asistencia Social, sino también a otros despachos oficiales, tales como Educación, Familia, Justicia, etc.
- 6.3.Debe considerarse al re-establecimiento de una “Comisión Nacional sobre el VIH/SIDA”, que proporcione el liderazgo necesario en el diseño e implementación de estrategias. Dicha comisión podría incluir personas notables de la comunidad científica y médica, del sector oficial y privado, de las ONG que trabajan en VIH/SIDA.
- 6.4.Para aprovecharse de la experiencia y recursos internacionales, deben fortalecerse los nexos de trabajo con el Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y con sus agencias copatrocinantes (Banco Mundial, FNUP, OMS, PNUD, UNESCO y UNICEF).

### **7. El sector privado y los organismos no gubernamentales**

La acción oficial en relación al VIH/SIDA debe ser complementada con una participación activa de toda la sociedad civil. El impacto médico, social y económico de la epidemia afectan, y afectará aún más, a muchos sectores de la sociedad. Esos sectores deben asumir su responsabilidad ante el VIH/SIDA, especialmente en las condiciones actuales que cada día limitan más la participación del Estado.

En la respuesta de la sociedad civil, las diferentes ONG que trabajan en VIH/SIDA en Venezuela tienen un papel muy importante que jugar. Algunas ONG tienen acceso privilegiado a personas que podrían estar a mayor riesgo y/o vulnerabilidad para adquirir el VIH. Asimismo, la flexibilidad de las ONG les permiten tomar acciones que el sector oficial no podría tomar, o que las tomaría con lentitud y dificultad.

### **Recomendaciones**

- 7.1.Estimular la participación de individuos y empresas particulares, a través de fundaciones o colaboraciones corporativas en la respuesta nacional ante el VIH/SIDA.  
La experiencia del sector privado en ciertas áreas (por ejemplo, comunicaciones y mercadeo social) podría ser de gran utilidad. El sector privado también podría colaborar en estudios para estimular el impacto económico de la epidemia de VIH/SIDA en Venezuela.
- 7.2.La labor que realizan las diferentes ONG debe ser reconocida, estimulada y apoyada, no sólo desde el punto de vista financiero y técnico (cuando fuese necesario), sino también con su participación en la toma de decisiones. Asimismo, algunas ONG poseen una experiencia única y muy valiosa que debería ser compartida con el resto del país.