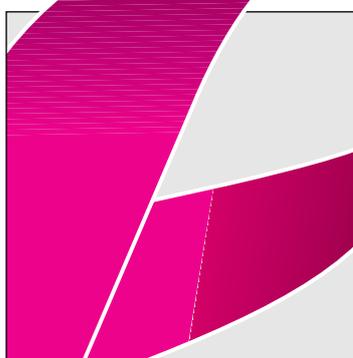
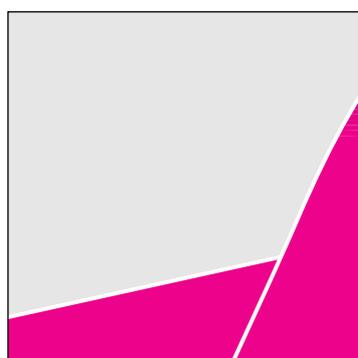


Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH

Opciones estratégicas



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA
MATERIAL FUNDAMENTAL

ONUSIDA/99.32S (versión española, octubre de 1999)

Versión original en inglés, UNAIDS/99.40E, agosto de 1999:
Prevention of HIV transmission from mother to child - Strategic options
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 1999. Reservados todos los derechos. El presente documento, que no es una publicación oficial del ONUSIDA, puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia.

No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

Las opiniones expresadas en la presente publicación son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH

Opciones estratégicas



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

ONUSIDA
Ginebra, Suiza
1999

Índice

1. Introducción	5
1.1 El riesgo de TMI	6
1.2 Estrategias de prevención	6
1.3 El costo de no actuar	7
<hr/>	
2. Cuestiones importantes para la toma de decisiones	8
2.1 Asesoramiento y pruebas voluntarias	8
2.2 Estigma y discriminación	9
2.3 Sistemas sanitarios	9
2.4 Alimentación de sustitución	10
<hr/>	
3. Proyectos piloto	11
<hr/>	
4. Beneficios más generales del conjunto de intervenciones	12
<hr/>	
5. Cuestiones éticas	12
<hr/>	
6. Asequibilidad financiera y rentabilidad de la estrategia	14
<hr/>	
7. Un árbol de decisión	16
<hr/>	
Lista de documentos	19
<hr/>	

Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH:

Opciones estratégicas

1. Introducción

La transmisión maternoinfantil (TMI) es, con mucho, la principal fuente de infección por el VIH en los niños menores de 15 años. En los países donde los productos sanguíneos se analizan de forma sistemática y se dispone ampliamente de jeringas y agujas estériles, la TMI representa prácticamente la única fuente de infección en los niños pequeños.

Hasta la fecha, la epidemia de SIDA se ha cobrado la vida de casi tres millones de niños, y otro millón está viviendo actualmente con el VIH. En todo el mundo, una de cada 10 personas que se infectaron durante 1998 era un niño. Aunque África representa tan sólo el 10% de la población mundial, aproximadamente nueve de cada 10 niños pequeños infectados hasta ahora por el VIH han nacido en esta región, como consecuencia principalmente de las altas tasas de fecundidad combinadas con tasas de infección muy elevadas. En centros urbanos del África meridional, por ejemplo, son frecuentes tasas de infección por el VIH del 20-30% entre mujeres embarazadas evaluadas de forma anónima en dispensarios prenatales; se han registrado tasas del 59% e incluso del 70% en ciertas zonas de Zimbabwe, y del 43% en Botswana.

Sin embargo, en ningún sitio hay lugar para la complacencia. Los países de África fueron de los primeros en infectarse por el VIH, de forma que las epidemias en el subcontinente se encuentran en fases muy avanzadas. Pero ahora el virus se está propagando rápidamente por otras regiones del mundo y en todas partes está creciendo la proporción de mujeres entre las personas infectadas. A nivel mundial, hay unos 12 millones de mujeres en edad fecunda que son VIH-positivas. Y el número de recién nacidos que contraen el virus a través de sus madres está aumentando con rapidez en diversas zonas, especialmente la India y el Sudeste Asiático.

Los efectos de la epidemia entre los niños pequeños son graves y de largo alcance. El SIDA amenaza con retrogradar años de progreso

constante en la supervivencia de los niños, y ya ha duplicado la mortalidad infantil en los países más afectados. En Zimbabwe, por ejemplo, la mortalidad infantil aumentó de 30 a 60 por 1000 entre 1990 y 1996. Y los fallecimientos en los niños de uno a cinco años, el grupo de edad en el que se concentra la mayor parte de la mortalidad infantil por SIDA, aumentaron de forma aún más acusada de 8 a 20 por 1000 durante el mismo periodo.

1.1 El riesgo de TMI

El virus puede transmitirse durante el embarazo (en las etapas tardías principalmente), el parto o la lactancia. En ausencia de medidas preventivas, el riesgo de que un recién nacido contraiga el virus a través de una madre infectada oscila entre el 15% y el 25% en los países industrializados y entre el 25% y el 35% en los países en desarrollo. Esa diferencia se debe principalmente a las prácticas de alimentación: la lactancia materna es más frecuente y suele mantenerse durante más tiempo en los países en desarrollo que en el mundo industrializado.

1.2 Estrategias de prevención

Hasta hace poco, los países sólo disponían de dos estrategias básicas para limitar el número de recién nacidos infectados por el VIH:

- La *prevención primaria* de la TMI; es decir, la adopción de medidas para evitar de entrada que las mujeres en edad fecunda se infecten por el VIH.
- La prestación de *servicios de planificación familiar* y la interrupción del embarazo cuando es legal, con el fin de capacitar a las mujeres para que eviten tener hijos no deseados.

Éstas siguen siendo las estrategias más importantes para reducir el VIH entre los niños pequeños y constituyen actividades esenciales en todas las campañas nacionales contra el SIDA. En la actualidad, sin embargo, existe una tercera opción para las mujeres seropositivas que quieren tener hijos; a saber, un plan terapéutico con fármacos antirretrovíricos para la madre (y a veces para el hijo) y alimentación de sustitución para el recién nacido. En un ensayo reciente en Tailandia en el que se utilizó un plan terapéutico breve con zidovudina (ZDV), se demostró que esta estrategia puede reducir el riesgo de TMI por debajo del 10% si se evita estrictamente la lactancia materna. Pronto podrá disponerse de planes terapéuticos alternativos basados en tratamientos breves con otros fármacos antirretrovíricos, a veces en combinación. Además, se están llevando a cabo ensayos para determinar qué sucede si las madres amamantan posteriormente a sus hijos en lugar de proporcionarles alimentación de sustitución. Ésta es una cuestión crítica, dado

que la mayoría de las mujeres VIH-positivas con riesgo de transmitir el virus a sus hijos procede de culturas donde la lactancia materna es la norma y donde la alimentación de sustitución plantea grandes dificultades para muchas mujeres.

La introducción de una estrategia basada en fármacos antirretrovíricos y alimentación de sustitución es, en cualquier caso, un proceso complejo. Para poder aprovechar la intervención, las madres deben saber que son seropositivas y, por consiguiente, deben tener acceso a servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias. Es necesario valorar cuidadosamente los costos y beneficios. Los responsables de la elaboración de políticas tienen que decidir qué tipo de programa es factible y más apropiado para su país y si conviene o no ensayar modelos de la estrategia en proyectos piloto antes de introducirla de una forma más generalizada. Un programa de este tipo requiere un compromiso para garantizar el funcionamiento eficiente del sistema de atención primaria, con ciertos servicios esenciales, como base para la introducción de la estrategia. En los lugares donde no se dan estas condiciones, deben tomarse decisiones acerca de cómo reforzar la infraestructura sanitaria, qué plazos serían realistas y qué más se necesita con el fin de crear las condiciones para la introducción segura y satisfactoria de los fármacos antirretrovíricos y la alimentación de sustitución.

La finalidad de este informe es revisar las cuestiones fundamentales que deben considerarse en la elaboración de políticas y proponer formas de remodelar la estrategia con el fin de que se ajuste a las condiciones locales. El documento se dirige a todos aquellos que participan o tienen un interés especial en la formulación de políticas nacionales con respecto a la prevención y la asistencia relacionados con el VIH.

1.3 El costo de no actuar

El costo de no hacer nada para reducir la TMI dependerá en gran medida de la prevalencia de la infección por el VIH entre los futuros padres. En las zonas en las que el 20% o más de las mujeres embarazadas son seropositivas, el costo económico de cuidar a los niños enfermos y moribundos a causa del VIH será enorme, y habrá una pérdida significativa de los beneficios que debería deparar la gran cantidad de tiempo, energía y recursos dedicados durante las últimas décadas a reducir la morbilidad y la morbilidad infantil. Donde la prevalencia del VIH sea baja, los costos sanitarios también serán relativamente pequeños, y el desperdicio de recursos ya invertidos en la supervivencia infantil no resultará tan oneroso. Sin embargo, los costos para las familias y las comunidades no pueden medirse en términos financieros exclusivamente y muchas parejas tendrán que asumir la responsabilidad de cuidar a sus hijos infectados, a menudo mientras luchan contra su propia enfermedad.

2. Cuestiones importantes para la toma de decisiones

Deberían considerarse las siguientes cuestiones:

2.1 Asesoramiento y pruebas voluntarias

Para que las mujeres puedan aprovechar las medidas dirigidas a reducir la TMI, deben conocer y asumir su estado respecto al VIH. Por consiguiente, es necesario disponer de una infraestructura amplia y aceptable de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias. En condiciones ideales, todo el mundo debería tener acceso a tales servicios, dadas las ventajas evidentes de conocer el propio estado serológico. Las personas que saben que están infectadas por el VIH se sienten más motivadas probablemente a cuidar su salud quizá con la introducción de cambios de comportamiento y estilo de vida, y a solicitar una atención médica inmediata cuando surgen problemas. Pueden tomar decisiones bien fundadas acerca de las prácticas sexuales, la paternidad y la alimentación de los recién nacidos, además de adoptar medidas para proteger a su/s pareja/s que tal vez aún no esté/n infectada/s. Quienes obtengan resultados negativos en las pruebas pueden recibir consejo sobre cómo protegerse y proteger a sus hijos de la infección. Asimismo, el asesoramiento y las pruebas voluntarias pueden desempeñar un papel importante al cuestionar la negación de la epidemia: a las sociedades que actualmente sólo son conscientes de los enfermos de SIDA, les ayudan a reconocer que hay muchas más personas que viven con el VIH y que no muestran signos externos. Sin embargo, es necesario subrayar que, a menos que las personas tengan posibilidades reales de intervención después de conocer los resultados de la prueba, no hay ninguna buena razón para efectuarla.

No obstante, la prestación de asesoramiento y pruebas voluntarias para toda la población no siempre está justificada en las zonas con una baja prevalencia del VIH en las que escaseen los recursos. Y aunque estuviera justificada por motivos de prevalencia, no sería una opción realista en determinadas zonas porque la infraestructura sanitaria no es lo suficientemente sólida para apoyar el servicio. Aparte de los requisitos económicos y prácticos que implica proporcionar asesoramiento y pruebas voluntarias, debe haber un sistema eficiente de referencia de casos a otros servicios asistenciales básicos que las personas necesitan cuando reciben los resultados de la prueba. Entre ellos se cuentan los de planificación familiar, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), servicios de salud maternoinfantil y asistencia sanitaria para las personas infectadas, lo que incluye prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas, asesoramiento y apoyo psicológico.

Por consiguiente, teniendo en cuenta las condiciones locales, los responsables de la elaboración de políticas deben decidir qué tipos de ser-

vicios de asesoramiento y pruebas son factibles y más apropiados y qué acciones se requieren (si es que se requiere alguna) para reforzar el sistema sanitario que los apoya. En concreto, deben decidir si el asesoramiento y las pruebas voluntarias se ponen a disposición de toda la población (APV generales); si el servicio se enfoca a las mujeres o parejas que utilizan servicios de salud reproductiva en zonas donde la prevalencia del VIH es especialmente elevada (APV prenatales orientados), o si se ofrecen asesoramiento y pruebas a todas las mujeres que acuden a servicios prenatales como parte de un programa para reducir la TMI del VIH (APV prenatales sistemáticos).

2.2 Estigma y discriminación

Las medidas para reducir la TMI del VIH, especialmente la administración de fármacos antirretrovíricos y la evitación de la lactancia materna, hacen prácticamente imposible que las mujeres seropositivas mantengan en secreto su infección ante la familia u otros sectores más amplios de la comunidad. Así pues, para que las intervenciones contra la TMI resulten seguras y aceptables, es esencial que se tomen medidas eficaces para combatir el rechazo de las personas con el VIH/SIDA. En caso de que las mujeres teman la discriminación, la violencia y quizás incluso el homicidio si se descubre que están infectadas por el VIH, serán reacias o totalmente incapaces de aprovechar las oportunidades que se les ofrecen para proteger a sus hijos de la infección. En concreto, hay que procurar especialmente que los profesionales sanitarios adopten actitudes positivas y no críticas frente al VIH/SIDA, de modo que puedan servir a sus clientes con la solicitud que merecen. En los lugares donde la estigmatización de las personas infectadas por el VIH constituye un problema importante, sería aconsejable utilizar un programa piloto con el fin de introducir inicialmente la estrategia antirretrovírica para la reducción de la TMI. Esto permitiría controlar cuidadosamente los riesgos y explorar formas de afrontar la estigmatización y la discriminación.

Sigue siendo habitual culpar a las mujeres de la propagación de las ETS, incluido el VIH, aunque en la mayoría de los casos son ellas las infectadas por sus maridos o parejas, a los que permanecen totalmente fieles. Para luchar contra este prejuicio tan extendido y para fomentar la responsabilidad conjunta de la paternidad y de otras decisiones relacionadas, es aconsejable que el asesoramiento y la prueba del VIH se ofrezcan también a las parejas de las mujeres embarazadas, siempre que sea factible y apropiado.

2.3 Sistemas sanitarios

Un programa de asesoramiento y pruebas voluntarias, administración de fármacos antirretrovíricos y alimentación de sustitución sólo puede establecerse allí donde exista un sistema sanitario eficiente con ciertos servi-

cios esenciales. Es fundamental disponer de servicios de salud materno-infantil amplios y aceptables, que incluyan la asistencia antes, durante y después del parto. Los servicios de asesoramiento y planificación familiar, así como la asistencia médica a las mujeres seropositivas y a sus hijos, deberían formar parte de la prestación de cuidados básicos de salud. Tales servicios tienen que adaptarse minuciosamente para la integración del nuevo programa. En concreto, se requieren medidas para garantizar:

- a)** El acceso fácil y la privacidad de los clientes que acuden a los servicios. Esto obligará a valorar el entorno físico de los dispensarios y, quizás, a reorganizar ciertas actividades.
- b)** La continuidad de los cuidados y un flujo adecuado de información entre las diversas unidades implicadas en el tratamiento de los clientes seropositivos.
- c)** La supervisión técnica de los servicios con el fin de mejorar la calidad.
- d)** Oportunidades para que los clientes expresen sus necesidades y opiniones.

Cuando ya existan los servicios básicos y éstos funcionen con eficiencia, es probable que el costo de proporcionar asesoramiento y pruebas del VIH, fármacos antirretrovíricos y alimentación de sustitución se distribuya de manera uniforme entre todo el sistema sanitario y resulte relativamente fácil de absorber. Sin embargo, en los lugares donde se necesite un reforzamiento considerable de la infraestructura sanitaria, y quizá su construcción a partir de cero, el costo adicional adquirirá una mayor importancia. Dado que la expansión y mejora del sistema sanitario beneficia a toda la sociedad, es importante que el programa de TMI no cargue con una proporción indebida, y tal vez inasequible, de los costos y responsabilidades. Si el suministro de fármacos antirretrovíricos y alimentación de sustitución debe mantenerse a largo plazo, la carga financiera tiene que distribuirse de forma equitativa entre todos los servicios sanitarios. Los responsables de la elaboración de políticas deberían tener en cuenta, asimismo, que las mejoras en el acceso y la calidad de los servicios tienden a elevar las expectativas públicas en materia de salud y, en consecuencia, la demanda de servicios sanitarios.

2.4 Alimentación de sustitución

La cuestión de la alimentación de sustitución es sumamente compleja.¹ La promoción de la lactancia materna como la mejor nutrición posible para los recién nacidos ha sido la piedra angular de las estrategias de salud y supervivencia infantil durante las dos últimas décadas, y ha des-

¹ Para una discusión exhaustiva sobre el tema, véase *HIV and Infant Feeding: Guidelines for decision-makers*. UNAIDS/98.3. (Versión española en preparación).

empeñado un papel importante en la reducción de la mortalidad infantil en muchas regiones del mundo. En la actualidad, sigue siendo la mejor opción para la inmensa mayoría de los niños y al plantearse la alimentación de sustitución como parte de una estrategia para reducir la TMI del VIH, los responsables de la elaboración de políticas deben tener en cuenta los riesgos de socavar la lactancia materna en general y de relajar los controles sobre la publicidad de las fórmulas infantiles por parte de la industria. También tienen que valorar en profundidad la seguridad de recomendar alimentación de sustitución en su contexto local. Por ejemplo, ¿puede obtenerse fácilmente la fórmula infantil?, ¿está asegurado su suministro a largo plazo?, ¿dispone la gente de agua limpia y combustible para hervirla?, ¿tienen una educación y una información suficientes para preparar correctamente los alimentos de sustitución? Si se utilizan de forma inadecuada, por ejemplo, si se mezclan con agua sucia o no hervida, o si se diluyen en exceso, los sustitutos de la leche materna pueden causar infección, malnutrición e incluso la muerte. Si no se conocen con certeza los riesgos asociados a la alimentación de sustitución, hay que emprender investigaciones para establecer los hechos, y las estrategias deben evaluarse en proyectos piloto. Dado que se inactivan los efectos reductores de la fecundidad que tiene la lactancia materna, es necesario ofrecer servicios de planificación familiar como parte de la asistencia puerperal.

3. Proyectos piloto

En muchas zonas conviene introducir inicialmente el asesoramiento y las pruebas voluntarias prenatales, así como la administración de fármacos antirretrovíricos y la alimentación de sustitución, de una forma limitada mediante programas piloto, de modo que se vaya adquiriendo experiencia sobre cuál es la mejor manera de operar el nuevo servicio antes de introducirlo en toda su amplitud. La supervisión y evaluación cuidadosas de este ejercicio son esenciales y deben planificarse desde el principio. Los programas piloto son especialmente importantes en aquellos lugares donde es habitual la estigmatización de las personas con el VIH/SIDA y donde no se conoce con certeza la seguridad de la alimentación de sustitución o la aceptación del asesoramiento y las pruebas voluntarias. Los lugares de los proyectos piloto deberían elegirse en función de la existencia de unos buenos servicios sanitarios básicos (tal como se ha indicado anteriormente) y unos sistemas de referencia eficientes. Sólo si los proyectos resultan satisfactorios en estas condiciones piloto cuidadosamente seleccionadas, pueden realizarse otras pruebas en entornos más exigentes.

La integración de los servicios es un requisito fundamental: las medidas para prevenir la TMI del VIH son parte de un programa más amplio para luchar contra el VIH/SIDA en un país y deberían mantener vínculos sólidos

dos con todas las demás facetas del programa, como la prevención primaria de la infección, la asistencia a las personas infectadas y el apoyo a los huérfanos.

4. Beneficios más generales del conjunto de intervenciones

La prestación de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, fármacos antirretrovíricos y alimentación de sustitución para reducir la TMI ofrece ventajas que van mucho más allá de los beneficios directos sobre la salud y la supervivencia de los recién nacidos. Todas las mujeres embarazadas, madres y niños pequeños se beneficiarán de un mayor suministro y una mejor calidad de la asistencia sanitaria, en especial los servicios de salud maternoinfantil, antes, durante y después del parto. La población en su conjunto se beneficiará del reforzamiento general de la infraestructura sanitaria; asimismo, el asesoramiento y las pruebas del VIH, junto con las medidas para combatir la estigmatización, contribuirán a imbuir en la sociedad una mayor comprensión y aceptación de la epidemia de VIH/SIDA y de las personas afectadas. La decisión de introducir un conjunto de intervenciones puede ser, ante todo, una fuerza para el cambio social, al proporcionar la oportunidad y el ímpetu necesarios para combatir problemas a menudo tan arraigados como la deficiencia de los servicios y las actitudes opresoras.

5. Cuestiones éticas

Un principio básico que subyace en la introducción de cualquier medida para reducir la TMI es que la mujer embarazada tiene el derecho absoluto a decidir, de acuerdo con una información completa, si desea aprovechar o no la intervención. La coacción no está justificada bajo ninguna circunstancia, ni aunque parezca redundar en interés de la mujer o de su hijo. La decisión de la madre siempre debe aceptarse y respetarse.

La introducción de programas de fármacos antirretrovíricos para la prevención de la TMI en países donde no se dispone de esos medicamentos para el tratamiento más general de las personas VIH-positivas ha suscitado a veces debates acalorados sobre las implicaciones éticas. La cuestión que se formula es: si el acceso de la madre a los fármacos antirretrovíricos está limitado al periodo del embarazo y el parto, ¿significa esto que tan sólo se trata a la madre por consideración hacia su hijo?

De hecho, la cuestión se basa en una apreciación errónea, pues los fármacos antirretrovíricos que se emplean para prevenir la TMI del VIH no constituyen realmente un tratamiento sino una “vacuna” para el recién

nacido. Una analogía útil es la vacuna de la rubéola que se administra a las mujeres embarazadas para proteger a sus hijos de los efectos nocivos de la infección materna. La vacunación contra la rubéola no se enfrenta con objeciones éticas, a pesar de que también podría considerarse que se trata a la madre por el bien de su hijo.

El hecho de que los antirretrovíricos puedan servir para dos finalidades distintas como vacuna para los recién nacidos contra la TMI del VIH y como tratamiento para las personas infectadas por el VIH es, por supuesto, muy significativo. Pero la cuestión del tratamiento antirretrovírico para las personas infectadas debe considerarse por separado del uso de esos medicamentos para la prevención de la TMI. Se requieren un debate y una formulación de políticas que quedan fuera del ámbito estricto de la TMI. Sin embargo, al adoptar una estrategia de empleo de fármacos antirretrovíricos y alimentación de sustitución, es una cuestión de principio asegurar a las mujeres embarazadas VIH-positivas que recibirán el mejor cuidado posible y disponible en sus países. En algunos lugares, también se dispondrá de fármacos antirretrovíricos para fines terapéuticos; en otros, este tratamiento será, simplemente, inviable.

También es importante señalar que un plan terapéutico breve con antirretrovíricos durante el embarazo, aparte de aumentar las posibilidades de que nazca un niño no infectado, no perjudica la salud de la mujer seropositiva. El único riesgo potencial es la anemia. Pero este trastorno debe evaluarse por anticipado y tratarse si es necesario en cualquier persona que tome antirretrovíricos para el VIH. A veces se manifiesta la preocupación de que esta estrategia fomente el desarrollo de cepas del VIH resistentes a los medicamentos. Sin embargo, el riesgo de que aparezca resistencia es mínimo con un periodo tan corto de administración.

Otra preocupación es la idea de que la introducción de esta estrategia para prevenir la TMI exacerbe el problema de los niños huérfanos y aumente la carga asistencial que asumen las familias y la sociedad. Se supone en general que los niños nacidos de madres infectadas por el VIH no sobrevivirán lo suficiente para convertirse en huérfanos. Pero éste es un concepto erróneo: en ausencia de medidas preventivas para las mujeres embarazadas infectadas por el VIH, aproximadamente el 65% de sus hijos escaparán a la infección pero se verán abocados a la orfandad; asimismo, entre los infectados (35%), muchos sobrevivirán durante más tiempo que sus madres. Con la estrategia de prevención, el porcentaje de niños no infectados y que quedarán huérfanos aumentará hasta casi el 90%, pero, en paralelo, habrá una reducción significativa de dos o tres veces en el número de huérfanos infectados. Así pues, con o sin la intervención, la gran mayoría de los niños nacidos de madres infectadas por el VIH estarán expuestos al riesgo de quedar huérfanos. Por consiguiente, la intervención no afecta de forma significativa la necesidad de que las sociedades tomen medidas para

asegurar el porvenir de sus niños huérfanos. Sin embargo, desde el punto de vista de la planificación de cuidados y la asignación de recursos, es importante reconocer que, con las medidas para prevenir la TMI, muchos menos huérfanos estarán infectados por el VIH y necesitarán apoyo y asistencia médica, a menudo a largo plazo. También conviene señalar que, con la mejora de los cuidados perinatales y del diagnóstico de la infección por el VIH para permitir un acceso temprano a la asistencia, puede prolongarse la vida de las madres. Asimismo, es posible que las mujeres seropositivas vivan más si no tienen que ocuparse de niños enfermos. De esta forma, los niños serán cuidados por sus madres y evitarán durante más tiempo la aflicción y la vulnerabilidad que implica la orfandad.

6. Asequibilidad financiera y rentabilidad de la estrategia

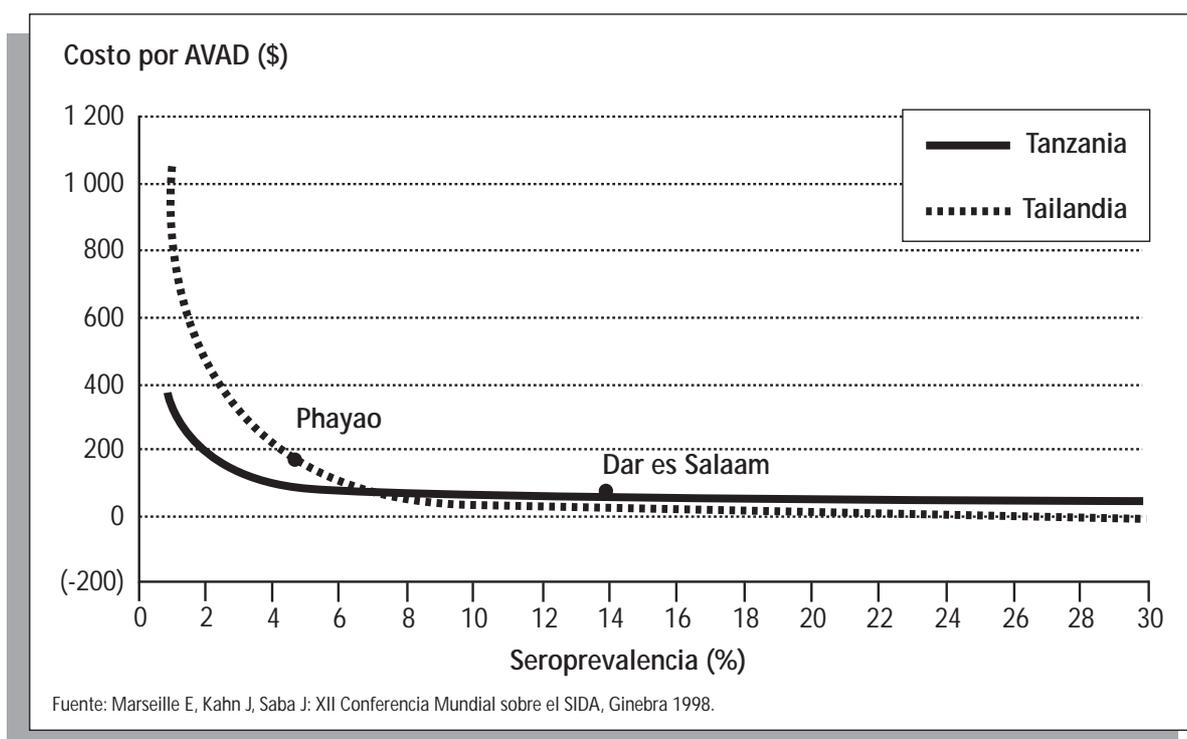
La asequibilidad financiera de los fármacos antirretrovíricos y de la alimentación de sustitución dependerá en gran medida de las condiciones de la infraestructura sanitaria en un país o distrito y de la necesidad de reforzar o ampliar los servicios antes de que pueda introducirse la estrategia.

Los fármacos antirretrovíricos para las madres que se sabe que son seropositivas y la alimentación de sustitución para sus hijos son asequibles financieramente en la mayoría de los países, o de distritos de un país, donde ya existe un sistema sanitario adecuado y operativo. Por ejemplo, un país que lograra negociar un precio de los fármacos de US\$ 50 por mujer y un precio de la fórmula infantil de US\$ 50 durante seis meses, gastaría US\$ 130 por mujer seropositiva embarazada, incluidos los costos de asesoramiento y otras inversiones. En los países con una tasa de natalidad de 40 por 1000 y una prevalencia del VIH del 15% entre las mujeres embarazadas, y suponiendo que todas las mujeres que conocen su estado (que según las estimaciones son el 10%) aceptaran la intervención, el costo per cápita de las medidas específicas (es decir, fármacos y alimentos de sustitución) se elevaría a US\$ 0,08.² Los planes terapéuticos más breves con antirretrovíricos que se han evaluado en ensayos sistemáticos (PETRA y nevirapina en Uganda) resultan aun más económicos que el tratamiento normalmente recomendado de un mes con AZT. Este cálculo no tiene en cuenta el ahorro en gastos médicos y de otro tipo que implica cuidar a los recién nacidos VIH-positivos. Aunque se reconoce que esos gastos son muy bajos en algunos países, pueden ser sustanciales en otros. De hecho, el ahorro puede superar con creces el costo de la intervención. Tampoco se tiene en cuenta el beneficio más amplio de la intervención sobre la población general, que, tal como se ha demostrado, es a menudo significativo.

² Costo per cápita = costo por mujer x tasa de natalidad x tasa de prevalencia del VIH x proporción de mujeres que conocen su estado serológico: US\$ 130 x 0,04 x 0,15 x 0,1 = US\$ 0,08 per cápita.

También hay que considerar el asesoramiento y las pruebas voluntarias. Si el costo de ese servicio corre a cargo exclusivamente de los programas de prevención de la TMI, la rentabilidad de la estrategia dependerá de la prevalencia del VIH en la zona: cuanto más baja sea la prevalencia, más costará identificar a cada mujer embarazada VIH-positiva. Los modelos demuestran que la rentabilidad permanece relativamente estable con tasas de prevalencia del VIH del 5-10% o superiores, pero cuando la prevalencia se sitúa por debajo de esas cifras, la rentabilidad de la intervención disminuye rápidamente en paralelo con la prevalencia. En tales situaciones, la máxima rentabilidad se obtiene centrando los esfuerzos de detección sistemática del VIH en mujeres embarazadas o que planeen un embarazo en grupos específicos de población.

Figura 1. Rentabilidad según la seroprevalencia del VIH



Si la prevalencia del VIH es elevada, el costo de un programa de asesoramiento y pruebas voluntarias, fármacos antirretrovíricos y alimentación de sustitución es comparable al costo de las intervenciones para otros problemas de salud. Por ejemplo, se calcula que, con una tasa de prevalencia del VIH del 5% o superior, esta estrategia cuesta aproximadamente US\$ 35 por año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD), en comparación con los US\$ 20-40 por AVAD de la vacunación contra la poliomielitis y la difteria y los US\$ 200-400 por AVAD de la prevención de la oncocercosis o ceguera de los ríos.

Definición

Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) son el número de años de vida salvados gracias a una intervención concreta, con un ligero descuento para cada año sucesivo, con el fin de tener en cuenta el hecho de que la calidad de vida disminuye a medida que pasa el tiempo y que aumenta el riesgo de fallecimiento a causa de otras enfermedades. Así, el primer año de vida salvado como consecuencia de la intervención cuenta como un año completo, mientras que cada año sucesivo cuenta un poco menos. La principal ventaja de los AVAD es que reflejan tanto la calidad de vida como las posibilidades de supervivencia, y permiten comparar fácilmente diferentes tipos de intervención.

7. Un árbol de decisión

Evidentemente, las circunstancias nacionales y locales tendrán una gran influencia sobre las decisiones relativas a los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias, administración de fármacos antirretrovíricos y alimentación de sustitución. Se propone el siguiente "árbol de decisión" como medio de ayudar a las personas implicadas en la elaboración de políticas nacionales y locales a decidir sobre: a) los niveles adecuados de prestación, y b) el mejor modelo para poner en práctica la estrategia.

Factores determinantes

- La seroprevalencia del VIH en el país o la comunidad determinará los costos de la falta de acción y la rentabilidad relativa de las diferentes estrategias de detección sistemática.
- Las actitudes frente al VIH en el país o la comunidad determinarán el riesgo de discriminación contra las mujeres portadoras del VIH, la probabilidad de que se violen sus derechos y la aceptabilidad previsible de la intervención.
- Los riesgos asociados a la alimentación de sustitución determinarán si la intervención puede introducirse de inmediato a gran escala o si se requieren inicialmente proyectos piloto para adquirir experiencia sobre cómo hacer más segura la alimentación de sustitución.
- El estado actual del sistema sanitario y de los servicios de salud materno-infantil (incluida la planificación familiar) determinará el esfuerzo y los recursos que deberán invertirse con el fin de reforzarlos lo suficiente para apoyar el nuevo programa.

- La madurez de la epidemia y el nivel de apoyo social que se ha desarrollado para afrontarla determinarán la carga que deberán asumir los programas de TMI, a causa de la mayor demanda de servicios de asesoramiento y asistencia sanitaria.
- Los beneficios más generales para la sociedad deben tenerse en cuenta al confrontar los costos y beneficios de la intervención.
- La financiación disponible para las intervenciones de TMI y demás servicios asociados será una consideración importante en el proceso de toma de decisiones.

Estos factores variarán en gran medida de un lugar a otro. El cuadro siguiente propone un proceso de toma de decisiones para ayudar a los responsables de la elaboración de políticas que pretendan adoptar una estrategia de fármacos antirretrovíricos y alimentación de sustitución adaptada a sus circunstancias y que refleje la prevalencia local del VIH, los recursos disponibles, el funcionamiento del sistema sanitario y los riesgos previsible que se asocian a la alimentación de sustitución.

Cuadro 1: Combinación de servicios apropiados a las diferentes circunstancias

	Sistema sanitario local	Prevalencia local del VIH	
		<5%	>5%
Limitaciones mínimas de recursos (p.ej., en los países industrializados)		APV prenatales sistemáticos ARV/AS (tratamiento prolongado)	APV prenatales sistemáticos ARV/AS (tratamiento prolongado)
Recursos limitados	El sistema sanitario local cumple los requisitos + Bajo riesgo asociado a AS y APV	VIH+ conocida/APV prenatales orientados ARV/AS (tratamiento breve)	APV prenatales sistemáticos ARV/AS (tratamiento breve)
Recursos limitados	El sistema sanitario local no cumple los requisitos y/o No se conocen los riesgos asociados a AS	VIH+ conocida/APV prenatales orientados ARV/AS (tratamiento breve)	Introducción piloto de APV prenatales sistemáticos + ARV/AS (tratamiento breve) También se ofrecen ARV/AS a las mujeres VIH+ conocidas Adecuación del sistema sanitario

(Clave: APV = asesoramiento y pruebas voluntarias; ARV = antirretrovíricos; AS = alimentación de sustitución.)

Definiciones

1. El sistema sanitario local cumple los requisitos

Acceso a servicios de salud maternoinfantil adecuados (incluida la asistencia antes, durante y después del parto), servicios de planificación familiar y apoyo médico y psicosocial continuado para la madre y el niño.

2. ARV (tratamiento breve)

Planes terapéuticos como los utilizados en los estudios de Tailandia y Côte d'Ivoire.

300 mg de zidovudina (AZT) dos veces al día a partir de las 36 semanas.

300 mg de AZT cada tres horas durante el trabajo de parto.

(Nota: Pronto se dispondrá de alternativas al plan terapéutico tailandés para el tratamiento breve con ARV.)

3. ARV (tratamiento prolongado)

Otros planes terapéuticos, como el ACTG 076 y los que utilizan una combinación de fármacos antirretrovíricos, y antirretrovíricos tanto para el neonato como para la madre.

4. VIH+ conocida

Mujer que solicita asistencia prenatal después de que se haya sometido a la prueba del VIH fuera de los servicios de salud maternal y se haya descubierto que está infectada.

5. APV prenatales orientados

El asesoramiento y las pruebas voluntarias se ofrecen a las mujeres embarazadas y a sus parejas en comunidades (redes geográficas o sociales) donde la prevalencia del VIH es especialmente elevada.

6. APV prenatales sistemáticos

El asesoramiento y las pruebas voluntarias se ofrecen de forma sistemática a todas las mujeres que acuden a los servicios prenatales y a sus parejas.

7. Introducción piloto de APV y ARV/AS

Introducción de la estrategia completa en un número seleccionado de lugares y supervisión y evaluación cuidadosas de los procesos y de sus repercusiones, con especial atención a la alimentación de sustitución.

8. Adecuación del sistema sanitario

Cuando el sistema sanitario no cumple los requisitos para la introducción satisfactoria de la estrategia, es necesario prepararlo cuidadosamente para los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, de salud maternoinfantil, y de asistencia clínica y de apoyo para las mujeres seropositivas y sus hijos.

Lista de documentos sobre TMI disponibles a través del Centro de Información del ONUSIDA o del sitio web del ONUSIDA (www.unaids.org)

Información general

Actualización Técnica del ONUSIDA sobre transmisión maternoinfantil del VIH (octubre de 1998).

Prevention of HIV Transmission from Mother to Child: Planning for Programme Implementation. Report from a Meeting. Ginebra, 23-24 de marzo de 1998.

AIDS 5 years since ICPD: Emerging issues and challenges for women, young people and infants (1998).

Asesoramiento y pruebas del VIH

Counselling and voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries: Guidance for service providers (agosto de 1999) (versión española en preparación).

The importance of simple/rapid assays in HIV testing. WHO/UNAIDS recommendations (*Weekly Epidemiological Record*, 1998; **73**:321-328).

Tratamientos antirretrovíricos

WHO/UNAIDS recommendations on the safe and effective use of short-course ZDV for prevention of mother-to-child transmission of HIV (*Weekly Epidemiological Record*, 1998; **73**:313-320).

The use of antiretroviral drugs to reduce mother to child transmission of HIV (module 6). Nine guidance modules on antiretroviral treatments (UNAIDS/98.7).

VIH y alimentación del lactante

VIH y alimentación del lactante: Una revisión de la transmisión del VIH a través de la leche materna (UNAIDS/98.5).

HIV and Infant Feeding: Guidelines for decision-makers (UNAIDS/98.3). (Versión española en preparación).

VIH y alimentación del lactante: Guía para administradores y supervisores de salud (UNAIDS/98.4).

WHO/UNAIDS/UNICEF Technical Consultation on HIV and Infant Feeding Implementation guidelines. Report from a meeting. Ginebra, 20-22 de abril de 1998.

El SIDA y la alimentación del lactante: Declaración política conjunta del ONUSIDA, la OMS y el UNICEF (agosto de 1997).

Planificación, ejecución y supervisión/evaluación

Vertical Transmission of HIV: A Rapid Assessment Guide (1998).

Local Monitoring and Evaluation of the Integrated Prevention of Mother to Child HIV Transmission in Low-Income Countries (1999).

Prevención de la TMI en Asia

Thaineua V. et al. From research to practice: Use of short-course zidovudine to prevent mother-to-child HIV transmission in the context of routine health care in Northern Thailand (*South East Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 1998; **29**(3):429-442).

Prevención de la TMI en América Latina

Prevención de la transmisión vertical del VIH. Informe de un taller, Buenos Aires, 29-31 de julio de 1998.

Prevención de la TMI en África

The Zimbabwe Mother-to-Child HIV Transmission Prevention Project: Situation Analysis (abril de 1998).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) es el principal promotor de la acción mundial contra el VIH/SIDA. Reúne a siete organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA moviliza las respuestas de sus siete organizaciones copatrocinadoras a la epidemia y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH en todos los frentes: médico, de la salud pública, social, económico, cultural, político y de los derechos humanos. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y de ONG, empresariales, científicos y de otros campos- para compartir conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas más allá de las fronteras.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza

Teléfono: (+41 22) 791 46 51 – Fax: (+41 22) 791 41 65

Dirección electrónica: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>