



# Un indicador del éxito en Uganda



*La importancia de vigilar  
la prevalencia del VIH  
y el comportamiento sexual*



**ONUSIDA**  
**Estudio de casos**

**Mayo de 1998**

### Colección ONUSIDA de *Prácticas Óptimas* – UNAIDS/98.8 – Traducción: OMS/TRA

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) está preparando una serie de materiales sobre temas de interés relacionados con la infección por el VIH y con el SIDA, con las causas y consecuencias de la epidemia y con las prácticas óptimas en materia de prevención y de asistencia y apoyo a los afectados por el SIDA. Para cada uno de los temas tratados en la Colección de *Prácticas Óptimas* se incluye por lo general un texto breve dirigido a los periodistas y los líderes de la comunidad (Punto de vista); un resumen técnico de las cuestiones, los retos y las soluciones propuestos (Actualización técnica); estudios de casos de todo el mundo (Estudio de casos de *Prácticas Óptimas*); un conjunto de material gráfico para exposiciones; y una lista de material fundamental (informes, artículos, libros, audiovisuales, etc.) sobre el tema. Estos documentos se actualizan según sea necesario.

Las series Actualización técnica y Punto de vista se publican en español, francés, inglés y ruso. Pueden obtenerse gratuitamente ejemplares sueltos de las publicaciones de la Colección de *Prácticas Óptimas* pidiéndolos a los Centros de Información del ONUSIDA. Para localizar el centro más cercano, consultar ONUSIDA en Internet (<http://www.unaids.org>), ponerse en contacto con el ONUSIDA por correo electrónico ([unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org)), telefonar (+41 22 791 4651) o escribir al Centro de Información del ONUSIDA (20, Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza).

Se invita a los periodistas que deseen más información sobre un Punto de vista del ONUSIDA a ponerse en contacto con la Oficina de Prensa del ONUSIDA (tel.: +41 22 791 4577 o 791 3387; fax: +41 22 791 4898; dirección electrónica: [wintera@unaids.org](mailto:wintera@unaids.org)).

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 1998. Reservados todos los derechos. Esta publicación 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 (información: Centro de Información del ONUSIDA, Ginebra, véase arriba). Las opiniones expresadas en documentos de autor mencionado son de su responsabilidad exclusiva. 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 denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

## Introducción

Desde el comienzo de la epidemia, la falta de datos precisos ha sido una dificultad de primer orden. Las personas que tratan de luchar contra la propagación de la enfermedad carecen a menudo de información sobre la eficacia de sus esfuerzos: no saben con certeza si han fomentado con éxito cambios de comportamiento, o hasta qué punto esos cambios han contribuido a contener la epidemia.

Unos cuantos países en desarrollo han hecho esfuerzos de vigilancia firmes con respecto a la prevalencia del VIH y a los comportamientos de riesgo. Muchos países no consideran el VIH/SIDA una prioridad suficientemente elevada, o se muestran poco inclinados a elevar al dominio público unas cuestiones que se consideran demasiado personales o íntimas, y algunos es posible incluso que crean que la publicación de los resultados de los estudios alarme o frene innecesariamente el comercio o el turismo. A principios de 1997, probablemente menos de diez países en desarrollo habían efectuado estudios repetidos para evaluar el cambio de comportamiento y el uso del preservativo entre la población.

Uganda es uno de los primeros países africanos donde se reconoció la presencia de la epidemia de VIH, y es el más afectado. El Gobierno, las ONG y otras instituciones de la sociedad civil se han mostrado decididos a abordar abierta y directamente los problemas relacionados con la epidemia, y han situado a ese país en la vanguardia de la lucha contra el VIH/SIDA. Esto no solamente ha hecho posible que Uganda tenga uno de los programas de lucha contra la epidemia más enérgicos y de mayor alcance y con unos resultados bastante satisfactorios en la contención de la propagación del VIH, especialmente entre los jóvenes de las zonas urbanas, sino que también haya empezado a desarrollar unos sistemas de vigilancia constantes. Esos sistemas están lejos de ser perfectos, y los resultados están todavía sujetos a múltiples interpretaciones, pero son un claro ejemplo de lo que puede realizarse incluso en un país con pocos recursos y una infraestructura deficiente, y ofrecen una experiencia que pueden aprovechar otros países.

En el presente estudio de caso se examinan los medios de trabajo utilizados en Uganda para vigilar las tendencias del VIH y las del comportamiento sexual declarado, y se identifican los vínculos que hay entre ambas.

## Vigilancia de la infección por el VIH

El sistema más preciso para vigilar el avance de la epidemia sería seguir con atención el estado serológico con respecto al VIH de un grupo representativo de personas –una cohorte– durante un tiempo. Los cambios identificados en ese grupo a lo largo del tiempo no solamente indicarían la prevalencia del VIH (la proporción de personas infectadas), sino también directamente la incidencia del VIH (el número de nuevas infecciones durante un periodo determinado expresado como una proporción de la población en riesgo). La incidencia es el indicador más útil de la orientación de la epidemia. Así pues, en principio, unos estudios longitudinales bien diseñados, idealmente basados en una cohorte y aleatorizados para incluir a comunidades con y sin intervención, facilitarían el marco más sólido para la evaluación de la eficacia potencial de las estrategias de intervención.

Lamentablemente, como método de vigilancia, esos estudios de cohortes no están generalmente al alcance de los países más pobres. No solamente porque sean costosos, sino porque absorben los escasos recursos de que disponen esos países en cuanto a personal capacitado y porque son particularmente difíciles de llevar a cabo en países que normalmente tienen infraestructuras débiles y están sujetos a movimientos importantes de población que dificultan el seguimiento de una cohorte de personas. Un método menos costoso sería comprobar el estado de un grupo distinto de personas cada vez. Pero eso también es difícil porque, aún con la garantía del anonimato, hay poca gente que esté dispuesta a someter su sangre a la prueba del VIH.

Una alternativa más práctica es la llamada «vigilancia centinela», eso es, vigilar la prevalencia entre grupos de personas a las que ya se toman muestras de sangre con otros fines, tales como los donantes de sangre, los pacientes sometidos al examen de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o las mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios prenatales.

Es posible que esos grupos presenten niveles de infección más altos que la población en conjunto. Los grupos de donantes de sangre, por ejemplo, pueden incluir a consumidores de drogas intravenosas que venden su sangre para pagarse la droga, mientras que en los lugares donde rigen normas de auto-diferimiento o donde se practica el reclutamiento activo de donantes voluntarios, esos grupos pueden presentar niveles de infección inferiores a los de la población masculina adulta. Los pacientes con ETS tienden también a tener comportamientos de mayor riesgo que la población general, y esas enfermedades los vuelven asimismo más vulnerables a la infección por el VIH. Por último, las mujeres embarazadas también corren un riesgo de infección más alto que el promedio porque han tenido relaciones sexuales recientes sin protección (sin usar preservativo). Sin embargo, los cambios en la prevalencia del VIH entre esos grupos pueden darnos una indicación de las tendencias de la epidemia en la sociedad en conjunto.

De todos esos grupos, el más representativo entre los adultos es probablemente el de las mujeres embarazadas. Así, en Uganda, como en otros países, el sistema principal de vigilancia incluye el análisis de muestras de sangre tomadas sistemáticamente en los dispensarios prenatales. La vigilancia comenzó en 1989 en seis centros de las principales ciudades y desde entonces se ha ampliado a 20 centros para cubrir el país entero, incluidas las zonas rurales. Los análisis se efectúan durante los tres primeros meses de cada año. A lo largo de ese periodo, los agentes de salud toman muestras de cada mujer embarazada en su primera visita al dispensario, hasta obtener el número requerido de muestras (250-400). Esa operación lleva por lo general entre 6 y 8 semanas de tiempo y permite establecer los niveles de infección por el VIH para esos periodos: la «prevalencia momentánea». Sería posible tomar muestras durante un periodo de tiempo más largo, pero teniendo en cuenta la naturaleza dinámica de la epidemia se considera que es mejor hacer análisis más reducidos y más regulares que pueden captar las tendencias cambiantes.

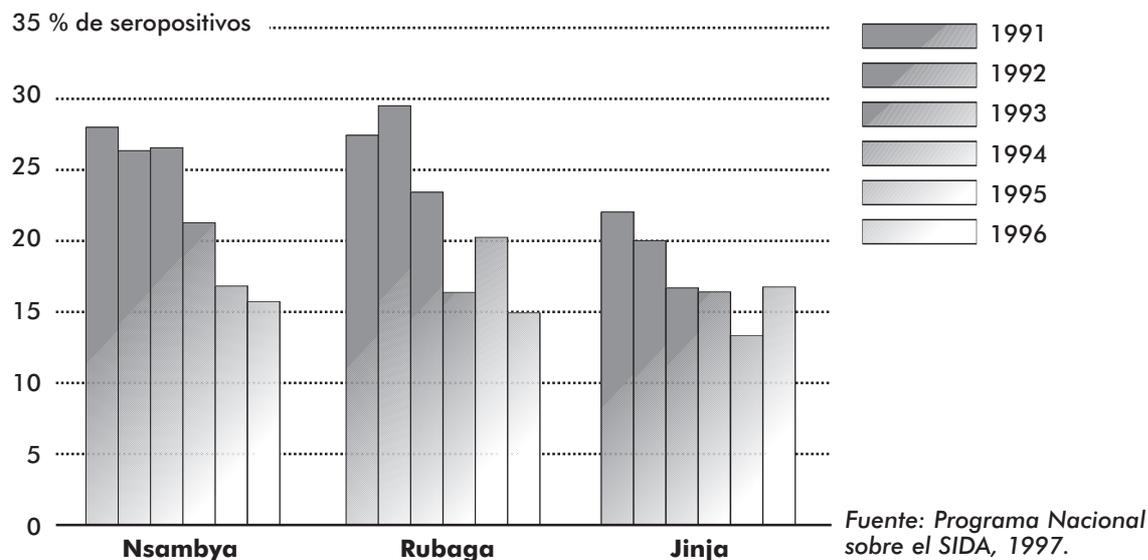
Las muestras se etiquetan tan sólo con la edad de la mujer, sin revelar su identidad, y luego se envían al Instituto de Investigaciones Viroológicas de Entebbe (Uganda), dónde el suero se somete a las pruebas de anticuerpos contra el VIH-1 mediante la técnica ELISA. El Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS evaluó seis de esos centros entre 1994 y 1995 y confirmó que seguían los procedimientos recomendados para la selección de las mujeres, para la extracción de sangre y para la separación, almacenamiento y análisis del suero.

Los resultados son impresionantes: todos los centros centinela urbanos pusieron de manifiesto un significativo descenso en la infección por el VIH durante la primera mitad del decenio de 1990, y en algunos casos el porcentaje de madres seropositivas se redujo en casi la mitad. Esos hallazgos se ilustran en la figura 1, con datos correspondientes a tres zonas urbanas.

Si bien esos datos son esperanzadores, existen diversas razones por las que tales resultados pueden ser engañosos:

■ **Errores en la selección** – Existe esta posibilidad, pero es poco probable. Primero, las mujeres embarazadas son un grupo bien identificado: en las zonas urbanas, más del 90% de las mujeres acuden a un dispensario prenatal en algún momento del embarazo. Además, las visitas de supervisión sobre el terreno no detectaron ningún error en la selección. Pero incluso si en algún centro en particular se dejaron de tomar algunas muestras, es poco probable que eso hiciese cambiar una pauta de descenso tan firme.

Figura 1. Tasas de infección por el VIH entre mujeres embarazadas; centros seleccionados, 1991-1996



■ **Errores en los análisis** – De nuevo es poco probable que eso ocurriese porque todas las muestras se analizaron en un laboratorio central que siguió los procedimientos prescritos.

■ **Un cambio en la composición del grupo** – Durante la primera mitad del decenio de 1990, Uganda acogió a grandes cantidades de refugiados procedentes de Rwanda, muchos de los cuales en la actualidad ya han regresado a sus hogares, y eso quizá hizo cambiar la composición del grupo de mujeres que acudieron a los dispensarios prenatales urbanos. Hubo asimismo una cierta migración rural-urbana: es posible que algunas mujeres seropositivas, por ejemplo, regresaran a las zonas rurales para ser atendidas por su familia. Este dato es difícil de corregir porque la única información con que se contaba de esas mujeres era la de su edad.

Otra posibilidad es que el perfil de la «mujer embarazada en Uganda» puede haber cambiado durante ese periodo, reduciéndose posiblemente el nivel de infección por el VIH de ese grupo. Esto podría deberse a:

■ **Un cambio en la edad promedio del grupo** – Las preocupaciones suscitadas por la infección por el VIH podrían contribuir a aplazar la primera experiencia sexual y a aumentar el uso del preservativo, con lo cual se aplazaría el primer embarazo de una mujer. Si bien eso representa un éxito por lo que se refiere a la modificación del comportamiento, producirá también un cambio en la edad promedio de las mujeres embarazadas durante ese periodo, que pasarán a ser de más edad y menos comparables con los grupos previos. Sin embargo, ese cambio no bastará probablemente para alterar seriamente los resultados.

■ **Una menor fecundidad entre las mujeres seropositivas** – Las mujeres que han pasado a ser menos fecundas por la infección por el VIH, por las ETS o por la enfermedad/muerte/menor fecundidad de su compañero sexual estarían excluidas de la muestra. Eso haría aparecer a las «mujeres embarazadas» como un grupo cada vez menos infectado que el de las mujeres en conjunto. Con el tiempo, el mayor uso del preservativo y de otros métodos anticonceptivos modernos también puede afectar la tasa de embarazo.

Esos factores son difíciles de controlar y es muy probable que estén influyendo en el descenso de la prevalencia del VIH, pero aún tomando en cuenta esas reservas los resultados son esperanzadores: como mínimo apuntan en la buena dirección. Además, están apoyados por hallazgos similares encon-

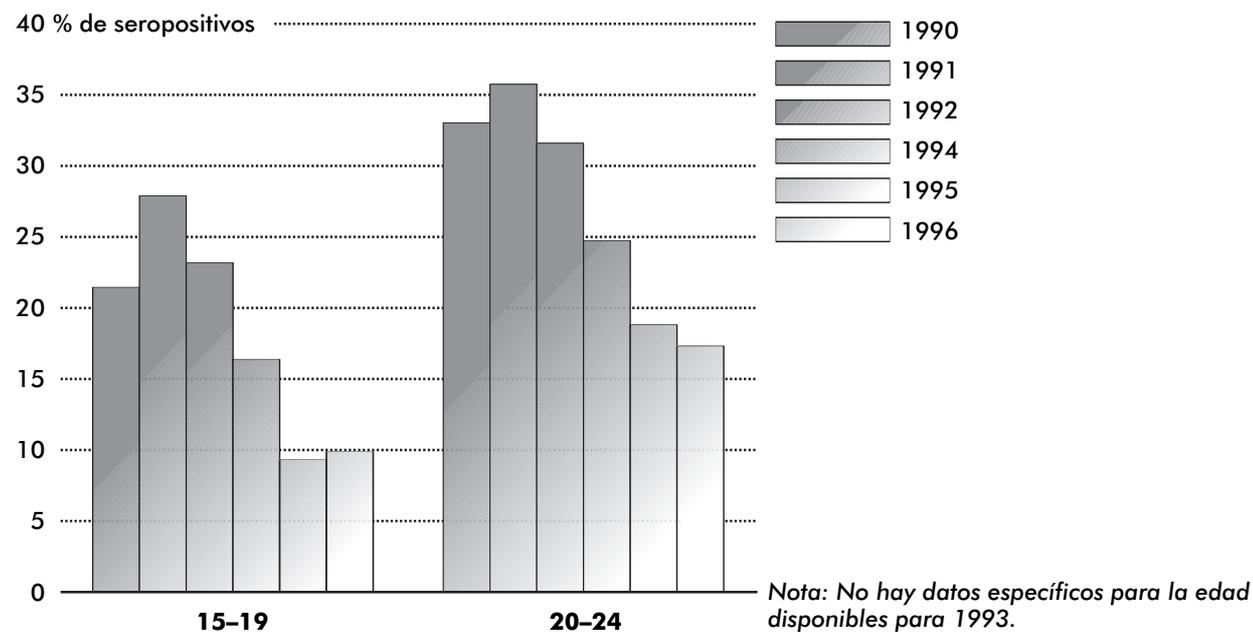
trados en varones que acudieron a dispensarios para ETS en Kampala entre los que la prevalencia del VIH se había reducido de alrededor del 45% al 35%.

No obstante, una reducción en la prevalencia no implica necesariamente una reducción en las nuevas infecciones por el VIH. El descenso de la prevalencia entre las mujeres embarazadas, especialmente entre las de mayor edad, también podría deberse al hecho de que las que habían desarrollado el SIDA fallecieron antes de poder acudir al dispensario prenatal.

Muchas de estas reservas se vuelven menos significativas cuando el análisis se centra en las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años de edad. En ese análisis se reduce el alcance de las distorsiones causadas por el envejecimiento y por la infertilidad ya que las mujeres más jóvenes es menos probable que hayan padecido la enfermedad durante bastante tiempo como para llegar a ser infértiles o subfértiles. Además, en ese caso la prevalencia se acercará mucho más a la incidencia, porque hay pocas mujeres de ese grupo de edad que ya habrán fallecido.

En este caso los resultados son de nuevo esperanzadores. Entre 1990 y 1996, la prevalencia que presentaron las mujeres embarazadas de 15 a 19 años de edad en el centro de Jinja se redujo del 21% al 5%. En Nsambya, el descenso durante el mismo periodo fue del 22% al 10% (véase la figura 2). En el centro de Rubaga, hubo asimismo una reducción de la prevalencia en el mismo periodo aunque la tendencia no fue sostenida.

**Figura 2. Prevalencia del VIH por grupo de edad, Nsambya**



La reducción sostenida y significativa que presentan las mujeres más jóvenes sugiere un descenso real no solamente en la prevalencia sino también en la incidencia, y es posible que se corresponda con una menor incidencia para la población en conjunto. ¿Por qué se ha reducido la incidencia? Es posible, por ejemplo, que se hayan producido algunos cambios en la virulencia del virus, o que los tratamientos en los dispensarios para las ETS hayan pasado a ser más eficaces, de modo que las mujeres con una ETS hayan recibido tratamiento y sean por tanto menos vulnerables al VIH. Pero una de las causas más probables es el cambio real que se ha producido en el comportamiento sexual. Estudios recientes indican que, en efecto, esos cambios han ocurrido, y hasta tal punto que refuerzan la seguridad de que los datos de la vigilancia están dando una imagen representativa de las tendencias de la prevalencia.

## Estudios del comportamiento sexual basados en la población

La mayor parte de las encuestas en que se pregunta a las personas acerca de su comportamiento sexual se han realizado en una escala relativamente pequeña y no puede decirse que sean ampliamente representativas de la población en conjunto. Además, pocas de esas encuestas se han repetido con posterioridad en la misma zona, con lo cual se hace más difícil medir cambios reales del comportamiento a lo largo del tiempo.

En Uganda, no obstante, se han efectuado dos encuestas de población de amplio alcance, en 1989 y 1995, con la suficiente superposición entre ambas para permitir comparaciones, es decir, en una población de características similares, con la misma metodología y las mismas preguntas clave sobre comportamiento sexual. Ambos estudios cubrieron asimismo dos zonas geográficas urbanas –Kampala y Jinja– donde se llevó a cabo la vigilancia de la seroprevalencia durante el mismo tiempo. En 1989, la submuestra de las encuestas de comportamiento que coincidieron con las zonas de vigilancia totalizó 1 186 personas, y en 1995, alrededor de 1 600. Esas dos submuestras eran comparables en su mayor parte de elementos: la distribución de los encuestados por edades no fue significativamente distinta entre ambos estudios, al igual que tampoco hubo una gran diferencia en el nivel de instrucción.

En el estudio de 1995 se preguntaba además a los encuestados si habían cambiado su comportamiento sexual durante los últimos cinco años. A pesar de que las preguntas retrospectivas pueden aportar resultados poco fiables, los ugandeses han sido bombardeados con tanta información educativa sobre el VIH/SIDA que son plenamente conscientes de la respuesta socialmente deseable por lo que se refiere al comportamiento sexual. En cualquier caso, no sería extraño que los que hace más tiempo que son sexualmente activos hayan cambiado su comportamiento con el paso del tiempo: teniendo relaciones sexuales menos frecuentes o con menos personas distintas.

De mayor interés son los resultados de las preguntas acerca del comportamiento sexual actual de los jóvenes, al comparar esas respuestas con las de sus predecesores a la misma edad. Esas respuestas, especialmente en la encuesta más reciente, mostrarán de nuevo un sesgo hacia la respuesta «correcta», pero probablemente menor.

Esos resultados indican diferencias sustanciales en el comportamiento sexual en casi todos los aspectos estudiados. Los datos presentados a continuación pertenecen a las submuestras de ambas encuestas que coincidieron con las zonas de vigilancia de la seroprevalencia.

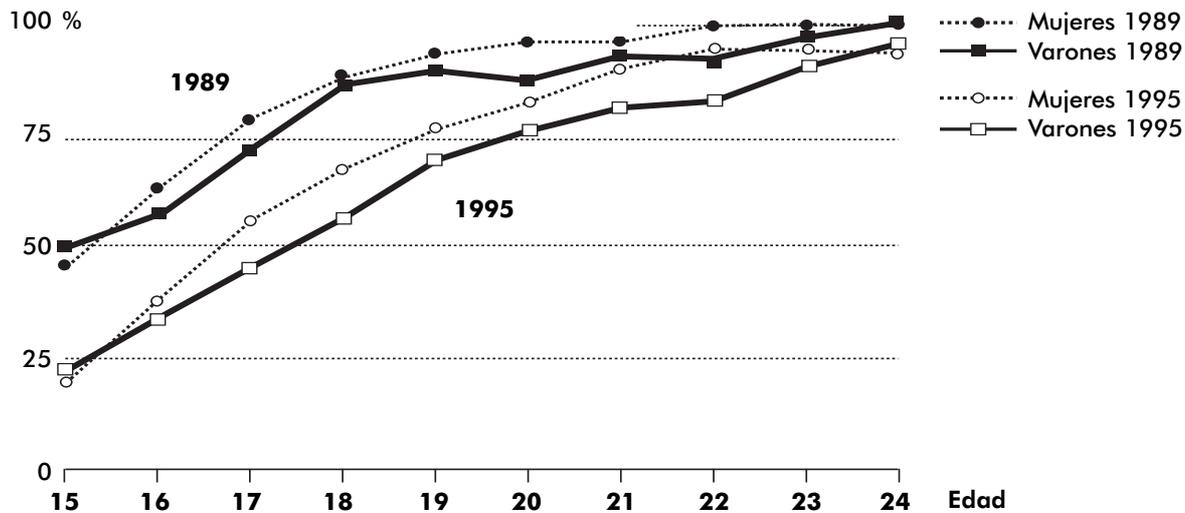
### a) Aplazamiento del inicio de las relaciones sexuales

Entre 1989 y 1995, la proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad que declararon que no habían tenido nunca relaciones sexuales aumentó del 26% al 46%. Para los varones del mismo grupo de edad, esa proporción pasó del 31% al 56%. Con respecto a los más jóvenes, los de 15 años, la proporción de muchachos o muchachas que dijeron no haber tenido nunca relaciones sexuales aumentó durante este periodo de alrededor del 20% a aproximadamente el 50%. En la figura 3 *infra* se presentan las tasas de los encuestados que eran sexualmente activos por edades.

### b) Menos relaciones sexuales con compañeros no estables

Un compañero sexual estable se definió como alguien con quién la relación sexual había durado más de un año. Aquí también hubo cambios, pero menos marcados. Entre 1989 y 1995, la proporción de hombres que afirmaron haber tenido relaciones sexuales fuera de una relación estable en los 12 meses anteriores a la encuesta descendió del 22,6% al 18,1%. Y el número de compañeros sexuales adicionales tendió

Figura 3. Porcentaje de los encuestados sexualmente activos por edades (15 a 24 años), 1989 y 1995



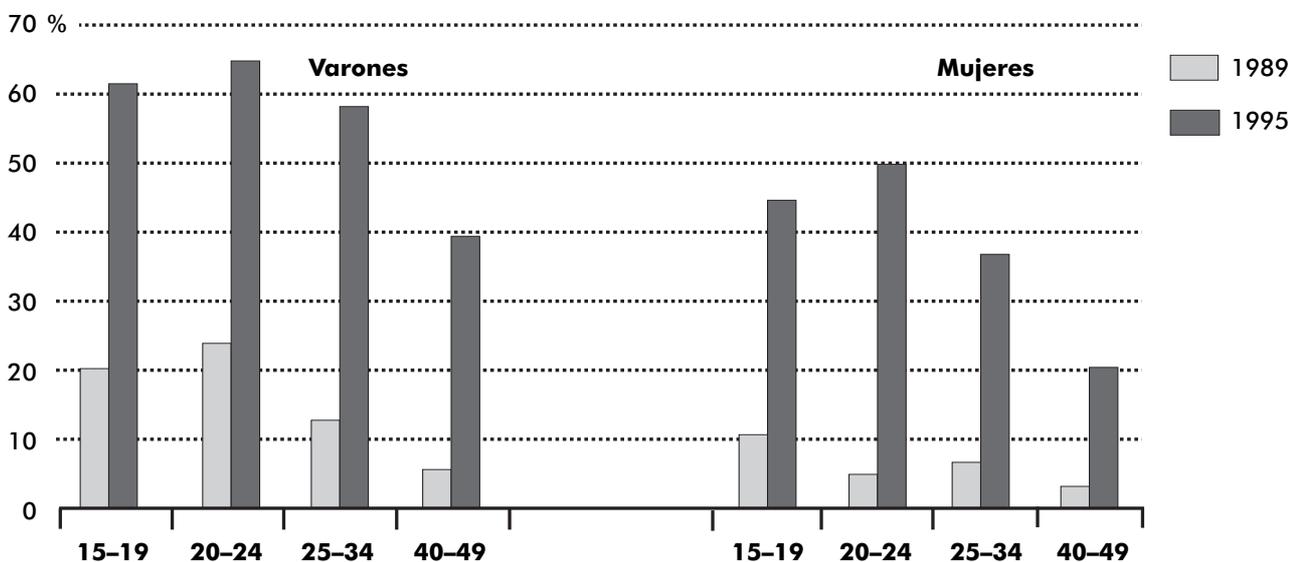
a reducirse: el número medio descendió de 2,3 a 2,0. En las mujeres, no obstante, aparentemente no hubo cambios significativos: la proporción de mujeres que dijeron haber tenido relaciones sexuales con compañeros no estables aumentó del 6% al 8%, pero esa diferencia no fue estadísticamente significativa.

Además, los dos estudios pusieron de manifiesto que tanto para el hombre como para la mujer la edad del primer matrimonio había aumentado, aunque la edad media del primer matrimonio siguió permaneciendo, aún en 1995, por debajo de la edad mínima de los 18 años.

### c) Aumento del uso del preservativo

Entre 1989 y 1995, el porcentaje de personas sexualmente activas que afirmaron usar preservativo aumentó de forma significativa. Para los hombres, la proporción de los que dijeron que siempre habían usado preservativo aumentó del 15% al 55%, y para las mujeres lo hizo del 6% al 39%. Tal como ilustra la figura 4, tanto para los hombres como para las mujeres esa proporción fue más elevada para el grupo de edad de 20 a 24 años.

Figura 4. Uso del preservativo en zonas urbanas de Uganda, 1989 y 1995



La encuesta de 1995 también señaló que el uso del preservativo generalmente fue mayor en las personas que tuvieron relaciones sexuales con un compañero no estable en los 12 meses anteriores. En este caso, el 66% de los hombres y el 49% de las mujeres afirmaron haber usado preservativo en su última relación sexual de riesgo.

### **Otros estudios sobre el comportamiento sexual**

Aparte de las dos encuestas de población mencionadas, en los últimos años se han efectuado otras numerosas investigaciones en menor escala –cuantitativa y cualitativamente– sobre el cambio del comportamiento en Uganda. Aunque esos estudios no permiten hacer comparaciones en el tiempo, sus resultados contribuyen a apoyar firmemente el supuesto de que ha habido un giro significativo en las actitudes y en el comportamiento. El ONUSIDA encargó un estudio de revisión bibliográfica que abarcó más de 300 documentos. Entre las cuestiones estudiadas figuraban las siguientes:

#### **a) Edad de la primera relación sexual**

Otros investigadores, antropólogos y demógrafos (UDHS, 1996) han señalado asimismo recientemente una proporción menor de jóvenes de ambos sexos de 20 a 24 años de edad que informaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 19 años de edad, en comparación con los resultados correspondientes a finales del decenio de 1980.

#### **b) Edad del primer matrimonio**

En el decenio de 1980 y a comienzos del de 1990, la edad media del primer matrimonio para las mujeres tendió a descender. En los años 80, ese fenómeno probablemente estaba relacionado con la penuria, la guerra y la insurrección, mientras que más recientemente quizá se deba al miedo del SIDA y al deseo por parte de los hombres de tener una pareja no infectada. Sin embargo, en un estudio de ámbito nacional más reciente se encontró que, aun cuando la edad promedio es estable, hay menos mujeres que se casen con poco más de diez años.

#### **c) Relaciones sexuales con compañeros no estables**

Se dispone de relativamente pocas pruebas cuantitativas fiables de otros estudios, pero las observaciones cualitativas sugieren que la tendencia a guardar fidelidad a un(a) compañero(a) estable está aumentando de forma creciente.

#### **d) Uso del preservativo**

Numerosos estudios indican que se está produciendo un aumento en el uso del preservativo, y algunos de ellos han seguido a las mismas cohortes a lo largo de un tiempo. En conjunto, esos estudios sugieren que, a nivel nacional, la proporción de personas sexualmente activas que entre 1987 y 1996 habían usado alguna vez un preservativo aumentó de aproximadamente el 3% al 25%.

La medida del cambio de comportamiento siempre es difícil, ya que las personas quieren dar respuestas socialmente deseables. Y a menudo se producen discrepancias entre distintos estudios en cuanto a la terminología y a los indicadores escogidos. A pesar de ello, numerosos estudios independientes sugieren que las pautas del comportamiento sexual han cambiado significativamente con el tiempo, siendo menos probable que los individuos más jóvenes de las zonas urbanas adopten comportamientos que los expongan al riesgo de infección por el VIH.

## **Criterios de las *prácticas óptimas***

### **Pertinencia**

Como en otros muchos países, en Uganda, uno de los países africanos que presentan una epidemia más grave, surgen las dudas acerca de la relación existente entre los programas de prevención, los cambios en el comportamiento sexual y, en última instancia, la incidencia y la prevalencia del VIH. La experiencia en Uganda ha puesto de manifiesto que el descenso en la prevalencia es mayor del que era de prever teniendo en cuenta el curso natural de la epidemia, y que probablemente sea el resultado del cambio de comportamiento. El hecho de demostrar que es posible cambiar el comportamiento es un factor esencial para mantener el compromiso con los programas diseñados para fomentar dicho cambio. Además, delimitar geográficamente las variaciones que presentan esas relaciones entre la prevalencia y el comportamiento o las zonas con distintas intervenciones de prevención puede facilitar una información útil para ajustar y modificar los programas de prevención con vista a incrementar su eficacia.

### **Eficiencia**

La experiencia de Uganda demuestra que una vez se ha elegido adecuadamente la amplitud, la idoneidad y el tipo de encuesta de comportamiento, los recursos que se requieren para obtener datos de calidad no están fuera del alcance de un programa nacional sobre el SIDA. Las encuestas de la población general que se llevaron a cabo repetidamente en ese país costaron entre US\$ 20 000 y 30 000 cada una y se completaron en menos de cinco meses; esos costos fueron menores que los de estudios similares efectuados en otros países.

### **Eficacia**

El presente estudio de caso establece un posible vínculo entre los datos epidemiológicos que señalan un descenso en la prevalencia del VIH en las zonas urbanas y los datos comportamentales que indican una mayor adopción de prácticas sexuales más seguras entre los jóvenes. Las relaciones entre el comportamiento y la prevalencia que sugieren las encuestas efectuadas en Uganda, así como las técnicas de vigilancia y las metodologías de los estudios del comportamiento, se han evaluado independientemente y se ha llegado a la conclusión de que son correctas. Mediante un mayor esfuerzo futuro, fundado en la reunión de datos sociodemográficos adicionales desde los centros de vigilancia (por ejemplo, sobre el nivel de instrucción, la residencia, la ocupación y el estado civil), se podría lograr que esos resultados fueran aún más útiles, utilizándolos para correlacionarlos mejor con los estudios del comportamiento y para controlar los sesgos debidos a los cambios en la muestra de población encuestada. En el futuro, la elección de la muestra para esos estudios debería hacerse coincidir mejor con los centros de vigilancia centinela.

### **Sostenibilidad**

La experiencia de Uganda en materia de serovigilancia centinela (donde los esfuerzos en este sentido se vienen manteniendo ya durante más de 10 años) ha demostrado que cuando se difunde con carácter nacional información fidedigna acerca de la evolución de la epidemia en una forma apropiada y al más alto nivel político, usando la experiencia local, se pueden movilizar el apoyo técnico y los fondos necesarios para asegurar la sostenibilidad tanto de fuentes nacionales como internacionales.

### Corrección ética

En Uganda se aplicaron estrictamente los requisitos éticos de las directrices de la OMS por lo que se refiere a la vigilancia centinela anónima no vinculada de la infección por el VIH. Al realizar los estudios sobre el comportamiento sexual y la prevalencia del VIH y de las ETS, se tuvieron muy en cuenta las cuestiones del consentimiento informado y de la confidencialidad (por ejemplo, los formularios de declaración de datos eran anónimos).

### Las lecciones aprendidas

La información reciente procedente de Uganda permite albergar esperanzas. La vigilancia centinela indica que la prevalencia, y probablemente la incidencia, de la infección por el VIH en las mujeres embarazadas de las zonas urbanas se está reduciendo. Y los estudios de los cambios en el comportamiento sexual en las mismas zonas sugieren que toda reducción en la incidencia es el resultado de uno o más de los factores siguientes: el aumento del uso del preservativo, el aplazamiento del inicio de las relaciones sexuales y, en menor medida, la reducción del número de compañeros sexuales. No obstante, otros estudios efectuados en zonas rurales revelan que el número de nuevas infecciones incluso en los grupos de edad joven sigue siendo elevado: no muestra signos de reducirse.

Teniendo en cuenta la medición y la interpretación inciertas, es difícil todavía establecer un vínculo directo entre los cambios de comportamiento y el descenso en la prevalencia, y menos aún estimar cuál es el nivel de cambio de comportamiento que se requiere para producir una reducción específica en la prevalencia. Sin embargo, las pruebas disponibles destacan claramente la importancia de abogar por unas nuevas pautas de comportamiento seguro.

La experiencia de Uganda subraya asimismo la importancia de reunir grupos de datos paralelos sobre la seroprevalencia del VIH y sobre el comportamiento. Cada grupo de datos es útil por sí solo, pero tomados en conjunto facilitan una visión mucho más compacta de los progresos en la lucha contra el VIH/SIDA (ONUSIDA, 1998).

## REFERENCIAS

UDHS. *Uganda Demographic Health Survey*. Macro Inc., EE.UU, 1996.

ONUSIDA. Colección de Prácticas Óptimas. Material fundamental. *Reaching regional consensus on improved behavioural and sero-surveillance for HIV*. Ginebra, 1998.

Asiimwe-Okiror, G., Opiyo, A.A., Musinguzi, J., Madraa, E., Tembo, G. y Caraël, M. *Changes in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in Uganda*. *AIDS*, 1997, 11:1757-1764.

### ***¿Por qué es este un estudio de casos de prácticas óptimas?***

Este estudio de casos constituye un estudio de prácticas óptimas del ONUSIDA porque demuestra un enfoque para la reunión y el uso de datos epidemiológicos y comportamentales que ha permitido presentar un argumento convincente de la relación entre la disminución de las tasas de infección por el VIH y la adopción de comportamientos individuales más seguros. Reúne los cuatro criterios de las prácticas óptimas: eficacia, fundamento ético, pertinencia y sostenibilidad.

■ **Eficacia** : El objetivo primario del estudio de casos fue demostrar un nexo definido entre los datos epidemiológicos que indicaban una disminución de las tasas de infección por el VIH y los datos comportamentales que indicaban una adopción general de comportamientos más seguros con respecto a las relaciones sexuales con profesionales del sexo y al uso de preservativo. Este estudio aportó amplias pruebas para demostrar ese nexo.

■ **Fundamento ético** : Todos los estudios mencionados recibieron la aprobación ética del Ministerio de Salud, el Ministerio de Defensa (en el caso de los reclutas) y los comités de ética de diversas universidades. En Tailandia se aplicaron estrictamente los requisitos de ética de las directrices de la OMS relativas a la vigilancia centinela anónima no vinculada de la infección por el VIH. En las encuestas sobre el comportamiento sexual y la prevalencia del VIH y de las ETS, se prestó especial atención a los aspectos del consentimiento informado y de la confidencialidad. En los cuestionarios, los formularios de laboratorio y los asientos en la base de datos se registraron sólo números de identidad y no nombres.

■ **Pertinencia** : El análisis epidemiológico y comportamental comparativo realizado sustenta los principales objetivos del ONUSIDA: hace una evidente contribución a la prevención, el control y la reducción de los efectos del VIH/SIDA. Como ayuda a demostrar el efecto positivo del cambio comportamental sobre el curso de la epidemia, constituye un útil instrumento de comunicaciones para las futuras campañas de sensibilización pública en todas partes del mundo. También da apoyo a las autoridades de salud pública que desean emprender actividades similares a la campaña pro uso obligado de preservativo y otros programas de prevención en sus países.

■ **Sostenibilidad** : Los costos de mantener los estudios de vigilancia y los estudios a largo plazo de la relación entre el VIH y el comportamiento sexual son razonables, una vez que se han establecido los mecanismos básicos. El sistema de vigilancia del VIH de Tailandia ha venido funcionando durante más de 10 años y se han realizado dos encuestas nacionales sobre el comportamiento sexual. Por lo tanto, existe un gran caudal de conocimientos especializados de alta calidad en el plano local en ambas esferas. En consecuencia, es viable, además de deseable, continuar vigilando la relación entre las tendencias comportamentales y epidemiológicas. Además, el Gobierno de Tailandia está claramente comprometido a continuar esta labor: junto con numerosos organismos internacionales y bilaterales, el Gobierno de Tailandia ha prometido continuar su apoyo a estas actividades.