

Mesa Redonda 1: Impacto de los Programas de Cooperación en la infección VIH / SIDA en los países con menos recursos

Moderador: José Antonio Pérez Molina. *Hospital Ramón y Cajal, Madrid*

Acceso a los antirretrovirales en los países con menos recursos

Jesus M^a García Calleja. *Organización Mundial de la Salud, Ginebra.*

La terapia antirretroviral introducida en 1996 en los países industrializados demostró su eficacia con una drástica disminución de la mortalidad. Hasta el año 2001 sólo se habían tratado algunos casos con terapia antirretroviral en los países con bajos recursos. Sólo algunas iniciativas de ONUSIDA en 2001, y organizaciones como MSF proponían establecer dichos programas. El impulso final vino dado por la iniciativa 3 por 5 lanzada por la OMS en el año 2002. La estrategia de la OMS para el apoyo global de los esfuerzos del aumento del tratamiento ART estaba basado en dos ejes: 1) los programas se desarrollan en los países y 2) la simplificación de los tratamientos con un enfoque de salud pública. El crecimiento del número de personas que reciben tratamiento antirretroviral ha pasado de menos de 200.000 personas en 2002 a unos 2 millones en 2006 en los países de ingresos medianos y bajos. El mayor aumento, y también donde están las mayores necesidades, se ha registrado en África subsahariana donde el número de personas tratadas con triterapia alcanzaba los 1,3 millones a finales de 2006. Lo que representa una cobertura del 28% (24%-33%), mientras que en 2002 la cobertura de sólo un 2%. De las personas que hoy día reciben terapia antirretroviral, el 67% viven en el África subsahariana, mientras que a finales de 2003 el porcentaje era sólo del 25%. La región latinoamericana lidera los programas de tratamiento con más de 350.000 personas que lo reciben, lo que representaba una cobertura de más del 70%. Estas cifras enmascaran, sin embargo, algunas desigualdades subregionales. En algunos países de América Central, el Caribe y la zona andina, la cobertura es < 50%. Las otras regiones del globo se situaban entre valores del 5% y del 20% de cobertura. La experiencia en los países de menos recursos ha demostrado que los ARV prolongan la vida y aumentan la calidad con el descenso de la morbi-mortalidad y, por lo tanto, la triterapia hace del VIH una enfermedad crónica y manejable. La OMS, en 2006, estimó que aproximadamente 4 millones de profesionales sanitarios eran necesarios para cubrir las necesidades en los países de ingresos medios y bajos, de los cuales 2,4 millones han sido estimados para África. El África subsahariana se enfrenta a un gran desafío, puesto que con el 11% de la población mundial representa el 24% de la carga de enfermedad a nivel global, y esta región sólo tiene el 3% de la fuerza laboral. Por otra parte, su gasto en salud representa sólo el 1% del gasto mundial en salud. Éstos son algunos de los grandes desafíos para su sostenibilidad.

La experiencia africana

Helena Huerga. *Médicos sin Fronteras, Nairobi.*

África subsahariana sigue siendo la región más afectada por la epidemia de VIH/SIDA. En 2007 hubo 1,7 millones de nuevas infecciones lo que eleva a 23 millones (70% del total mundial) el número de personas infectadas en esta región. Globalmente, este número sigue aumentando debido a las nuevas infecciones y a la prolongación de la esperanza de vida con los nuevos tratamientos antirretrovirales. Sin embargo, se ha empezado a observar una estabilización del número de nuevas infecciones, en parte debido al impacto de los programas de lucha contra el VIH. En algunos países como Kenia, Zimbabwe y Costa de Marfil la prevalencia disminuyó en 2007. En los últimos años, el financiamiento de programas de ayuda para la lucha contra la infección VIH/SIDA en países con menos recursos ha aumentado masivamente, pasando de 2 a 10 billones de dólares entre 2001 y 2007. El Fondo Global, el Banco Mundial, el gobierno estadounidense y la Unión Europea son los

principales donantes. Los receptores de estos fondos para la puesta en marcha de programas son los gobiernos nacionales, organismos internacionales, fundaciones, universidades y organizaciones no gubernamentales. En Kenia, Médicos Sin Fronteras tiene cuatro programas de lucha contra el VIH/SIDA. La prevalencia global en el país es del 6%, pero existen grandes diferencias por zonas: 30% en el sudoeste y 20% en algunos barrios de Nairobi. Las estrategias para el control de la epidemia VIH/SIDA en países con menos recursos en África son complejas, pues deben incluir programas de prevención, de diagnóstico, y de tratamiento global de los pacientes, integrados en el sistema de salud del país. En los programas VIH/SIDA los siguientes componentes son necesarios para una adecuada atención al paciente: prueba diagnóstica previo consejo, seguimiento clínico y biológico, tratamiento con antirretrovirales, detección de fallos terapéuticos, diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas (especialmente de la tuberculosis), prevención de la transmisión madre a hijo, diagnóstico precoz de la infección VIH en el recién nacido, atención pediátrica, planificación familiar, tratamiento de la malnutrición, hospitalización cuando es necesaria, educación del paciente y consejo psicológico, y apoyo social.

Impacto de los programas de cooperación en la infección VIH/SIDA en Latinoamérica y el Caribe

Tatiana Drummond. *Centro Nacional Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Instituto de Medicina Tropical, Caracas.*

En Latinoamérica y el Caribe, han fallecido aproximadamente 600.000 personas infectadas por VIH desde el inicio de la epidemia y en diciembre de 2007 vivían 1,8 millones de personas con infección por VIH. En la búsqueda del acceso universal a prevención, atención integral, cuidado y apoyo en VIH, los países de la región han suscrito diferentes compromisos, tales como Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), UNGASS (2001), Declaración de Compromiso de lucha contra el VIH tratamiento universal, iniciativa "Tres Millones para el 2005" OMS/ONUSIDA (2003), OPS/OMS: Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015. A pesar del

aumento en recursos financieros para la atención y tratamiento del VIH, subsisten aún grandes brechas, por lo que para lograr dar cumplimiento a estas metas se requiere de una ampliación en programas de salud con colaboración entre sectores y países, recurriéndose al diseño de diferentes esquemas de cooperación internacional:

- *OPS:*
 - Fondo Estratégico: vincula la adquisición de medicamentos y productos esenciales de salud pública con procesos técnicos de planificación de la demanda.
 - Grupo de Acompañamiento en las Negociaciones de Antirretrovirales, cuyo objetivo es lograr menor precio para medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento, mediante negociación con un grupo de empresas.
- *Fondo Mundial:* su misión es recaudar y destinar recursos a la prevención y tratamiento del SIDA, tuberculosis y malaria, basándose en la cooperación entre gobiernos, sociedad civil, sector privado y comunidades afectadas.
- *Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA:* tiene por objetivo crear un fondo rotatorio para adquisición de medicamentos.
- *Programa de Cooperación Internacional:* provee tratamientos, utilizando los medicamentos antirretrovirales producidos en los laboratorios públicos brasileños, además de dar capacitación a profesionales de salud en manejo clínico y en logística de distribución de medicamentos.
- *Red de Cooperación Tecnológica:* su objetivo es la fabricación de medicamentos antirretrovirales y otros medicamentos destinados al tratamiento de infecciones oportunistas, con miras al acceso universal, la reducción de precios y el uso racional y efectivo de medicamentos genéricos.
- *AECI:* ha establecido programas de capacitación tecnológica y epidemiológica dirigidos tanto a población general como a profesionales de salud.
- *Otros organismos que colaboran con los programas de salud regionales:* USAID, GTZ, DFD, CIDA.

Mesa Redonda 2: Protocolos clínicos y programas de vacunación en el niño inmigrante, niño viajero y niño adoptado

Moderador: Francisco Giménez. *Hospital Torrecárdenas, Almería.*

Consulta del niño viajero

Milagros García López Hortelano. *Hospital Carlos III, Madrid.*

Según datos de la Organización Mundial de Turismo, en 2005 más de 800 millones de personas cruzaron las fronteras en sus viajes internacionales. Se calcula que en 2020 la cifra supere los 1.500 millones. Cada año viajan al extranjero 12-13 millones de españoles y un 10% (1 millón) lo hace a una zona tropical y subtropical. Aunque los niños viajan menos que los adultos, se estima una cifra de 1,9 millones de viajeros menores de 14 años al año. Son los viajeros de aventura y los inmigrantes que vuelven a su país de origen a visitar a sus familiares (VFR) los grupos de mayor riesgo. Siempre que pueda evitarse, un lactante no debe viajar a un país con riesgo de enfermedades tropical. En mayo de 2002 el Ministerio de Sanidad y Consumo acreditó al Hospital Carlos III como Centro de Vacunación Internacional con dos consultas específicas, una para adultos y otra pediátrica, incluyendo la autorización de vacunación frente a fiebre amarilla. Entre junio de 2002 y diciembre de 2007 se evaluaron 1.109 niños en nuestra consulta. Se analizan: 1) historia clínica del niño: edad, peso, enfermedades previas, alergia, historia vacunal 2) características del viaje: país/zona a visitar, inicio y finalización del viaje, tipo de viaje (turístico, cooperación, visita familiar) 3) quimioprofilaxis palúdica previa. Todos recibieron recomendaciones

generales: protección solar, medidas antimosquitos: repelente, mosquitera, ropa adecuada y normas sobre el consumo de agua. En cada caso se prescribió además la inmunización y quimioprofilaxis antipalúdica precisa. De los 1.109 niños estudiados (edad: 7 días-15 años), 19% eran menores de 2 años y 7% menores de 1 año. El calendario vacunal sistemático no estaba completo en 86 niños (8%). El continente más visitado fue Latinoamérica, seguido de África. El 44% de los niños fueron VFR y 644 (58%) precisó quimioprofilaxis antipalúdica. Se vacunaron frente a hepatitis A el 81% y el 48% recibió inmunización frente a fiebre amarilla. También se prescribieron vacunas frente a encefalitis japonesa o centroeuropea, cólera, rabia, fiebre tifoidea, meningococo tetravalente. En 86 niños se completó el calendario habitual, adelantando alguna dosis en caso de riesgo propio del viaje.

Protocolo de actuación frente a niños procedentes de adopción internacional

Marisol Jiménez Casso. *Hospital General, Segovia.*

La Adopción Internacional (AI) en España ha crecido de modo exponencial, situándose en el segundo lugar tras EE.UU. en 2005, con un total de 5.423 niños. De ellos 340 fueron adoptados en Castilla-León y de éstos 12 en Segovia. Los países de mayor prevalencia de adopciones de 2001-2005 son China, India y Rusia, con diferentes picos según los años, Etiopía en los últimos 2 años y Latinoamérica con un número estable durante todo el periodo. La edad de adopción suele ser menor de 3 años, con un pico entre los 12-18 meses. La AI ha supuesto para pediatras y médicos de atención primaria un esfuerzo para conocer un conjunto de enfermedades importadas, según los países de procedencia de los niños, inexistentes previamente. La patología prevalente encontrada es infecciosa (aproximadamente un 35%) dependiendo del país de origen, de las condiciones de vida del niño y su institucionalización

previa a la adopción. Tanto tuberculosis, hepatitis B y A, parasitosis intestinales se dan de forma generalizada en todas las áreas y otras sólo en determinadas zonas, como paludismo en India y África Subsahariana y enfermedad de Chagas en Centro y Sudamérica. Por ello, a su llegada, el niño debe ser evaluado mediante una historia completa, interrogando sobre el país de procedencia, el tipo de institucionalización y una exploración física que incluya valoración del estado de nutrición, existencia de cicatriz de la BCG, visceromegalias, desarrollo psicomotor y situación vacunal. Se realizará una analítica inicial: hemograma, bioquímica, sedimento urinario, test de Mantoux (> 1 año), parásitos en heces (3), serología de virus VHB, VHC, VHA, VIH, sífilis. Se deberá solicitar estudio de paludismo y de Chagas, dependiendo de las zonas a laboratorios específicos. Según los resultados se valorará la consulta a centros especializados. Posteriormente es necesaria la actualización del calendario de vacunaciones, siendo en general buena la cobertura para DTP-PV en China, India, Rusia y precisando revacunación completa los niños procedentes de África, Haití, Nepal.

Protocolo de atención al niño inmigrante

Alvaro Díaz Conradi. *Hospital de Nens, Barcelona.*

La población diana es:

1. Hijo de inmigrante que llega por primera vez a España procedente del país de origen de sus progenitores.
2. Hijo de inmigrante que nace ya en España y sigue el Programa del Niño Sano (PNS).
3. Hijo de inmigrante que nace ya en España y quiere visitar el país de origen de sus padres (VFR's).

4. Hijo de inmigrante que nace ya en España y que retorna de una visita al país de origen de sus padres.

El protocolo se basa en tres pilares: Prevención, diagnóstico y tratamiento.

Grupo 1: Anamnesis completa valorando el uso de intérprete: país de origen, zona rural o urbana, condiciones higiénico-sanitarias, fecha de salida de su país, carnet de salud (vacunas administradas, enfermedades, transfusiones previas) y hábitos alimentarios.

Exploración física completa insistiendo en el desarrollo psicomotor y pondoestatural, coloración de piel y mucosas, abdominal, genitales externos, audición, visión y salud buco-dental. Analítica básica con estudios específicos según el país de origen y/o sospecha de patología concreta. Actualización del calendario vacunal. Parásitos en heces y orina (baño en agua dulce). Investigación de plasmodium si proviene de país endémico.

Grupo 2: Implementar el PNS en España. Educación sanitaria según las necesidades observadas. Cribaje, seguimiento y tratamiento de las hemoglobinopatías. Adecuar hábitos alimentarios para prevenir carencias nutricionales. Actividades preventivas para evitar la mutilación genital femenina (MGF).

Grupo 3: Adelantar alguna vacuna antes del viaje. Vacunación con BCG si la estancia dura más de 6 meses. Vacunación específica (fiebre amarilla no antes de 9 meses). Insistir en la importancia de la quimioprofilaxis antipalúdica (QPA). Recomendaciones durante su estancia. Exploración de genitales a las niñas antes del viaje (MGF). Programar visita a la vuelta.

Grupo 4: En caso de fiebre, si procede de país endémico, pensar en malaria mientras no se demuestre lo contrario. Insistir en completar la QPA una vez en nuestro país. Búsqueda de parásitos en heces y orina. Realizar PPD a los 2-3 meses después de la llegada o inmediatamente si la estancia ha durado más de 2-3 meses.

Reunión con el Experto 1: Casos clínicos: Consejos al viajero

Moderador: Susana Morte. *Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.*

Casos clínicos: Consejos al viajero

Jesús Roche, M^a Concepción Sánchez Fernández. *Centro de Vacunación Internacional, Madrid.*

Cada año que pasa aumenta sustancialmente el número de viajeros internacionales, incluyendo viajes a países en vías de desarrollo, que antes eran raramente visitados. El barómetro de enero de 2007 de la Organización Mundial de Turismo registra un total de 842 millones de llegadas de turistas internacionales (4,5% más que el año anterior). África, con 40,3 millones de turistas, fue la zona con mayor porcentaje de crecimiento, el 8,1%. En España el turismo emisor (viajes de los residentes en España con destino en el extranjero) aumentó en el año 2006 un 1,6%, situándose en 10,7 millones de viajes. Los viajes al extranjero de los españoles por ocio aumentaron casi un 18% en los dos últimos años. Concretamente, en agosto de 2007 se produjeron 4.168.648 desplazamientos fuera de España por ocio, recreo o vacaciones, mientras que en ese mismo mes de 2005, los viajes ascendieron a 3.543.841, según el estudio de las estadísticas publicadas por el Instituto de Estudios Turísticos, a través de los Movimientos Turísticos de los Españoles (Familitur). Los principales motivos para viajar al extranjero son: ocio, recreo o vacaciones (56%), visita a familiares o amigos (21%) y trabajo o negocios (18%). En el centro de Vacunación Internacional de Madrid del Ministerio de Sanidad y Consumo se han administrado 31.689 vacunas en el año 2007 (12.623 fiebre amarilla, 7.404 tétanos-difteria, 2.775 meningitis tetravalente, 1.039 meningitis AC, 7.151 fiebre tifoidea, 16 gripe, 483 encefalitis japonesa y 198 encefalitis centroeuropea).

La presentación consistirá en la exposición de casos clínicos, con las recomendaciones y consejos relativos a las vacunas (obligatorias y recomendadas) y a la quimioprofilaxis del paludismo. Nuestro objetivo es la prevención de los viajeros para

asegurar la salud, no queremos frenar sus ansias de viajar; al contrario, hay que dejarse seducir por el embrujo de los países exóticos, perderse entre sus gentes, por sus calles, paladear sus cocinas, embeberse en sus paisajes..., aunque sin correr riesgos inútiles.

Reunión con el Experto 2: Seguridad alimentaria y VIH/SIDA: Nuevos desafíos

Moderador: Estefanía Custodio. *Centro Nacional Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.*

El VIH/SIDA: un problema de desarrollo, un nuevo desafío en la lucha contra el hambre

Amador Gómez de Arriba. *Acción contra el Hambre, Madrid*

El VIH/SIDA no es sólo un problema de salud. Sus efectos sobre la seguridad alimentaria están siendo catastróficos especialmente para el continente africano. La epidemia conduce a un nuevo contexto social y económico en el que las vulnerabilidades existentes se ven amplificadas y se reducen las posibilidades de desarrollo. Comunidades y familias pierden a sus miembros productivos, aquellos que eran el aporte económico de la familia. Así, la capacidad familiar de producir y comprar alimentos se ve reducida mientras los gastos aumentan. Este aumento de dependencia debilita los mecanismos habituales de subsistencia de hogares y comunidades, que se demuestran incapaces de responder al aumento de necesidades. La familia es la primera red de seguridad social en todas las sociedades. Sin embargo, la desestructuración que sufren ciertos hogares tras la pérdida de la generación más productiva, transforma las dinámicas sociales existentes. Entre el VIH/SIDA y la seguridad alimentaria existe una relación compleja que se traduce en un aumento de las tasas de dependencia familiar, convirtiendo los ahorros en deudas y consumiendo el presupuesto familiar. Las redes de seguridad social

comunitarias se ven desbordadas. En las comunidades agrícolas africanas, la mano de obra familiar es fundamental para conseguir niveles de producción aceptables. La pérdida de mano de obra obliga a las familias a reducir la tierra cultivada y a introducir cambios en los sistemas de cultivo que acaban afectando al rendimiento agrícola. Se tiende a dejar en barbecho los campos lejanos y la producción total de cada unidad agrícola disminuye. Se reducen rendimientos porque operaciones agrícolas esenciales se retrasan o no se realizan a tiempo. Se carece de recursos para adquirir insumos agrícolas, se abandonan las medidas de conservación de los suelos y se tiende a dar prioridad a la supervivencia inmediata al tiempo que se abandonan los cultivos de productos comerciales por cosechas de subsistencia y autoconsumo, reduciendo los ingresos de la familia. Las familias afectadas se enfrentan así a una perspectiva de "no futuro", "no desarrollo".

Romper el círculo vicioso entre el hambre y el VIH/SIDA

Carmen Lahoz. *Instituto del Hambre, Ginebra.*

Cada día, más de 6.800 personas contraen infección por el VIH y más de 5.700 fallecen a causa del SIDA. En 2007, 33,2 millones de personas vivían con VIH/SIDA, 70% de los cuales en África subsahariana. Hasta hace poco, el VIH/SIDA se consideraba un problema exclusivamente de salud pública, y no se tenía en cuenta el deterioro de los recursos humanos, financieros, políticos, sociales y culturales a nivel familiar, local, regional y nacional.

Recientemente, ha habido un cambio significativo en el enfoque utilizado para combatir el VIH/SIDA al incluir la seguridad alimentaria como parte de la respuesta integral a esta pandemia. Está demostrado que existe un círculo vicioso entre la inseguridad alimentaria (IA) y el VIH/SIDA; la IA aumenta la *susceptibilidad* a la exposición e infección del VIH, y el VIH, a su vez, aumenta la *vulnerabilidad* a la IA. Las personas que viven en situación de inseguridad alimentaria y pobreza se ven obligadas a adoptar estrategias de supervivencia de alto riesgo que les hace más vulnerables a la infección, contribuyendo de esta manera a la propagación del VIH. Asimismo, la carencia de alimentos suficientes y de una nutrición adecuada es especialmente perjudicial para la salud y el bienestar de las personas que viven con VIH/SIDA. Por otra parte, la epidemia de VIH/SIDA deteriora los medios de supervivencia de las familias más vulnerables. El SIDA disminuye las capacidades de las familias para producir y comprar alimentos, reduce sus bienes drásticamente y agota las redes de protección social. Para familias que sufrían situación de inseguridad alimentaria antes de que alguno de sus miembros contrajera la enfermedad, los efectos pueden ser devastadores. Para combatir la pandemia es necesario romper este círculo vicioso, y aprovechar la oportunidad que nos ofrece la estrecha relación existente entre la seguridad alimentaria y el HIV/SIDA. Una adecuada nutrición y una mejoría notable en la seguridad alimentaria pueden contribuir considerablemente a mitigar el impacto del VIH y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, de sus familias y comunidades. La transversalización ("mainstreaming") del VIH/SIDA en las políticas de seguridad alimentaria y nutricional o el uso de la "lente VIH/SIDA" son estrategias y herramientas que podemos utilizar para lograr este fin.