



# Vinculación entre la reducción de las tasas de infección por el VIH y los cambios en el comportamiento sexual en Tailandia:

*Reunión y comparación de datos*



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

**Junio de 1998**

Vinculación entre la reducción  
de las tasas de infección por el VIH  
y los cambios en el comportamiento  
sexual en Tailandia:  
reunión y comparación de datos



**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUAP  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

---

Se agradece la colaboración al presente informe recibida de Tim Brown, Tony Bennett, Michel Cara<sup>o</sup>l, Ryuichi Komatsu y Weasit Sittinai.

---

**Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas – ONUSIDA/98.15 – Traducción: OMS/TRA**

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) prepara 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 serie 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 en Ginebra (tel.: +41 22 791 4577 o 791 3387; fax: +41 22 791 4898; correo electrónico: [wintera@unaids.org](mailto:wintera@unaids.org)).

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 1998. 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.

## Introducción

Desde los primeros días de la pandemia de SIDA se ha hablado de la necesidad de modificar los comportamientos a fin de contener la propagación del VIH. Sin embargo, rara vez se ha demostrado con claridad que el cambio comportamental, a escala nacional, modifique realmente el curso de la epidemia. Los epidemiólogos y los científicos del comportamiento a menudo han tenido dificultad para efectuar el seguimiento de la propagación del VIH entre diferentes poblaciones y zonas geográficas. Han tropezado aún con más dificultades para efectuar el seguimiento de los comportamientos que propagan la epidemia. Quizás el mayor desafío haya sido establecer nexos entre el comportamiento y la propagación del VIH a escala nacional y, cosa aún más importante, demostrar que los cambios en el comportamiento realmente pueden traducirse en reducciones de la tasa de nuevas infecciones.

Las autoridades, el público en general y las comunidades afectadas por la epidemia tienen que persuadirse de que la inversión en la promoción del cambio comportamental ha sido rentable, no sólo porque ha reducido el comportamiento de riesgo, sino porque ha disminuido el número de nuevas infecciones. La demostración de un claro nexo entre el cambio comportamental y la disminución de las tasas de infección se traducirá en un firme apoyo en favor de continuar las actividades de prevención.

Pocos países pueden establecer el nexo entre el comportamiento y la infección por el VIH de manera tan inequívoca como Tailandia. El presente estudio de casos examina los medios que utiliza Tailandia para efectuar el seguimiento tanto del virus como de los comportamientos conexos. En el estudio de casos se describen las tendencias de la infección y del comportamiento registradas en Tailandia y se demuestran los vínculos entre ambas. Asimismo, se señala la importancia de continuar vigilando el comportamiento y la infección a fin de mantenerse a la par de una epidemia en constante evolución.

Las referencias completas de los trabajos citados en el presente estudio de casos se mencionan en la serie de Material fundamental de la Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas: «La relación de la reducción del VIH y de las ETS en Tailandia con el cambio comportamental: síntesis de estudios existentes».

## El VIH en Tailandia: los primeros días

El VIH se registró por primera vez en Tailandia a mediados del decenio de 1980 entre hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres. Las autoridades de salud comenzaron a efectuar el seguimiento de otras poblaciones vulnerables, como los consumidores de drogas intravenosas y las profesionales del sexo, pero advirtieron escasos indicios de infección por el VIH. A principios de 1988, sin embargo, las encuestas que se realizaban en un hospital de Bangkok hicieron sonar la alarma. Menos del 1% de los consumidores de drogas intravenosas que se habían sometido a análisis al fin de 1987 eran seropositivos; seis meses después, ese porcentaje se había elevado a más de 30%.

Al propio tiempo, las encuestas entre profesionales del sexo de todo el país comenzaron a mostrar bajos niveles de infección. El Ministerio de Salud Pública reaccionó rápidamente y estableció un sistema nacional de vigilancia centinela. Para mediados de 1989, el sistema había comprobado la existencia de la infección por el VIH en las 14 provincias con centros centinela; entre las profesionales del sexo en la ciudad de Chiangmai, en el norte del país, la infección registraba una tasa extraordinaria del 44%. Al ampliarse el sistema a todas las provincias del país al año siguiente, comenzaron a recibirse informes de infección por el VIH

entre profesionales del sexo y sus clientes (hombres tratados por enfermedades de transmisión sexual (ETS)) de todas las provincias. En los dispensarios prenatales de alrededor de un tercio de las 73 provincias de Tailandia se comprobó también la infección por el VIH en algunas gestantes.

### ***Señales de alarma e intervención rápida***

En 1989, al acumularse las pruebas de una epidemia de VIH entre heterosexuales, Tailandia realizó una encuesta nacional del comportamiento sexual. La encuesta demostró que un porcentaje elevado de hombres tenía relaciones antes y después de casarse, principalmente con profesionales del sexo. Se dio amplia publicidad a los resultados de esta encuesta, y tanto las autoridades como el público en general tuvieron conciencia de que Tailandia bien podría sufrir los efectos de una importante epidemia de VIH.

Tanto el Gobierno como la sociedad volvieron a reaccionar con rapidez. El Primer Ministro asumió la responsabilidad directa del Comité Nacional del SIDA y el Estado decidió financiar una intervención amplia. Para 1996, el Estado gastaba US\$ 80 millones por año en actividades de educación, prevención, atención y mitigación de los efectos.

Muchas comunidades, incluidas las que viven con el VIH, así como las empresas privadas, hicieron contribuciones al esfuerzo nacional. Una de las intervenciones más dinámicas correspondió a la comunidad de profesionales del sexo, que adoptó medidas bajo la presión de las autoridades de gobierno. Para reducir la transmisión en lo que, según las pruebas acumuladas, era un punto focal de la infección en Tailandia, los propietarios de prostíbulos y las profesionales del sexo comenzaron a aplicar una política de uso obligado de preservativo. Al propio tiempo, el Gobierno distribuyó gratuitamente preservativos para el comercio sexual y en los avisos de radio y televisión se insistió en que los hombres debían utilizar preservativos en sus relaciones con profesionales del sexo.

Los esfuerzos de Tailandia produjeron un cambio en el comportamiento, y ese cambio se puede correlacionar firmemente con una disminución en el número de nuevas infecciones.

## **Información epidemiológica**

### ***Fuentes de información***

Tailandia estableció un **sistema de vigilancia centinela** para el VIH en 1987, al principio de la epidemia. Aplicado primero en 14 provincias y ampliado luego rápidamente a todo el país, el sistema permitió determinar los niveles de infección en diversos grupos vulnerables y en la población en general: profesionales del sexo, pacientes masculinos de ETS y consumidores de drogas intravenosas, así como gestantes y donantes de sangre.

Otra fuente importante de información epidemiológica son las pruebas anónimas no vinculadas de 60 000 varones de 21 años de edad convocados anualmente al servicio militar. La selección de **reclutas** se hace por lotería, de modo que el grupo es relativamente representativo de los jóvenes de sexo masculino del país.

Los datos acerca de **otras ETS** brindan también una corroboración útil acerca del VIH, porque esas enfermedades se transmiten fundamentalmente por vía sexual. Si las personas reducen o modifican

los comportamientos que las exponen al VIH –principalmente las relaciones sexuales sin protección con compañeros cuya historia sexual puede incluir comportamientos de riesgo–, cabría esperar que hubiera una declinación en el número de nuevos casos de otras ETS, así como del VIH.

Los datos sobre el VIH reunidos mediante la vigilancia transversal –esto es, el análisis de cierta población a intervalos determinados– se pueden validar con **estudios de cohortes** longitudinales que siguen a las personas en el curso del tiempo a fin de determinar cuántas se infectan dentro de un período determinado. En Tailandia se han hecho estudios de ese tipo respecto de distintos grupos, incluidos los donantes de sangre habituales.

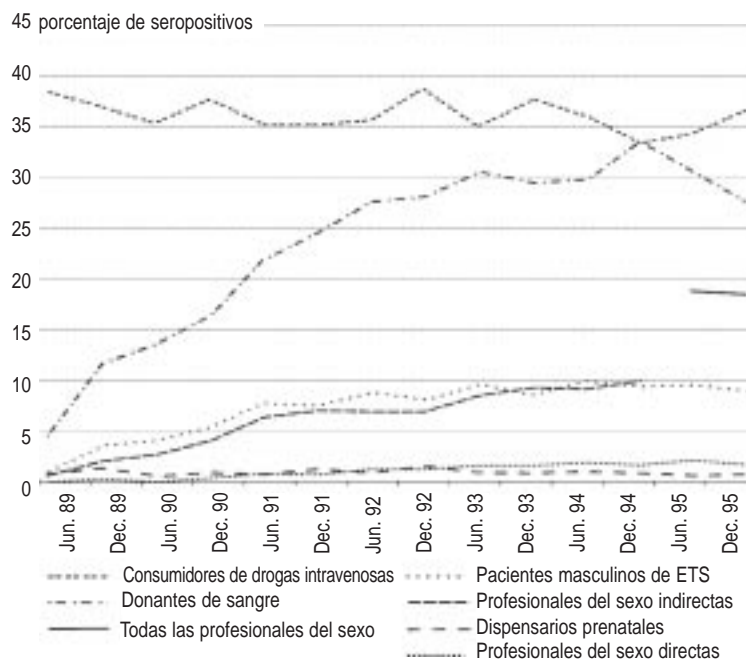
### ¿Qué indican estas fuentes?

#### ■ Niveles generales de infección

La vigilancia centinela y otras fuentes de información transversal presentan un panorama de la prevalencia del VIH, esto es, el porcentaje de seropositivos en un momento determinado. Como el VIH es una enfermedad crónica incurable, los infectados pueden permanecer en la población analizada por largos períodos. Ello significa que las cifras de prevalencia incluirán personas que se infectaron hasta 10 años atrás y, por lo tanto, sólo reflejarán con lentitud los cambios en la incidencia, esto es, el número de nuevas infecciones.

En la figura 1 se presenta la prevalencia del VIH en distintos grupos seguidos en la vigilancia centinela. La infección por el VIH en las profesionales del sexo que trabajan en prostíbulos ha aumentado de manera sostenida y para 1995 casi un tercio de esas mujeres sometidas a exámenes eran VIH-positivas. Las profesionales del sexo que realizaban «indirectamente» su actividad captando a sus clientes en restaurantes, bares, salas de karaoke, etc., presentan tasas de infección que se han estabilizado en alrededor del 12%, prácticamente la misma proporción que la de los pacientes masculinos de ETS, que generalmente informan de que son clientes de profesionales del sexo. Entre los donantes de sangre y las gestantes, las tasas se han mantenido en niveles relativamente bajos, a pesar de lo cual más del 2% de las gestantes en todo el país eran seropositivas a mediados de 1995.

Figura 1. Prevalencia nacional del VIH de acuerdo con el sistema de vigilancia centinela de Tailandia



Fuente: División de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública de Tailandia

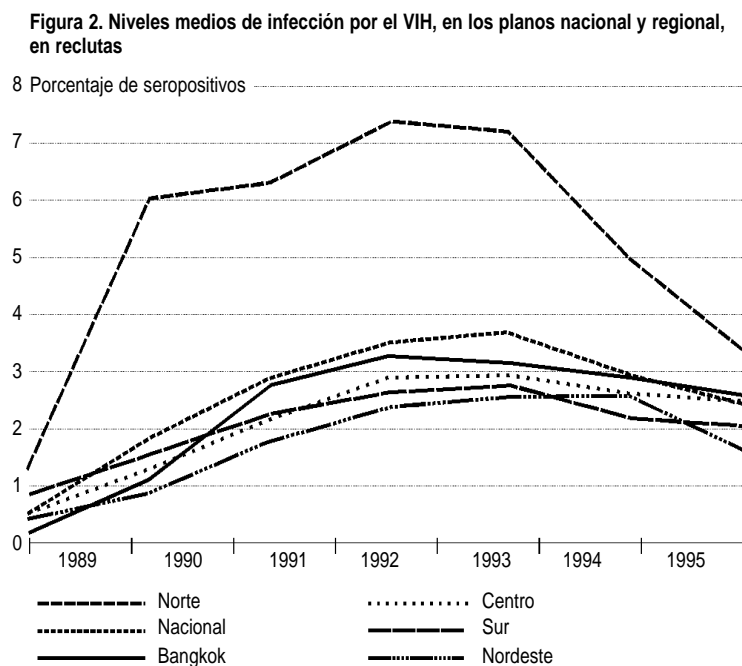
Las tasas de infección no se han alterado fundamentalmente en el caso de los consumidores de drogas intravenosas; de este grupo, más de un tercio ya estaba infectado cuando comenzó la vigilancia centinela. Cuando la tasa de prevalencia es estable, ello no significa que no haya nuevas infecciones, sino que aparece una nueva infección por cada persona que fallece o sale del grupo de prueba. Como la epidemia entre consumidores de drogas intravenosas tiene un decenio de antigüedad, es razonable suponer que muchos de los infectados a principios de la epidemia están ahora falleciendo. Por lo tanto, las cifras de prevalencia estables pueden encubrir niveles considerables de nuevas infecciones y, a decir verdad, los estudios realizados durante varios años han comprobado que anualmente entre el 5% y el 10% de los consumidores de drogas intravenosas se infecta por el VIH.

### ■ Los primeros indicios de una disminución del VIH

Aunque los datos recogidos en los análisis anuales de los reclutas convocados al servicio militar son también transversales, son más elocuentes que los datos de la vigilancia ordinaria. Anualmente se somete a prueba a un grupo distinto de jóvenes de 21 años, y ello nos permite determinar fácilmente las tendencias de la prevalencia en ese grupo de edad.

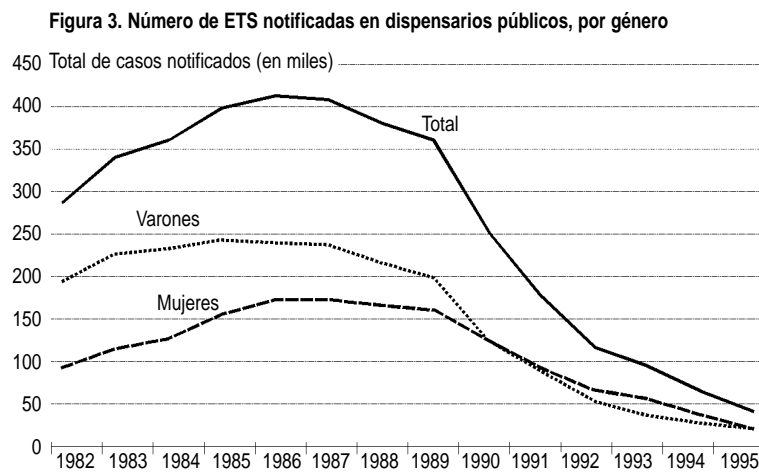
La edad promedio de la primera relación sexual para los varones tailandeses son los 18 años, razón por la cual es razonable suponer que muchos de los reclutas han tenido actividad sexual por algunos años. En este grupo de jóvenes, por lo tanto, las cifras de prevalencia del VIH reflejarán el comportamiento sexual en los años anteriores a la fecha de la pruebas y los cambios en el tiempo probablemente reflejarán cambios en el comportamiento de riesgo en años recientes.

La figura 2 muestra que en 1995, en el plano nacional, hubo menos reclutas de 21 años infectados que en los años de máximo nivel de infección de 1992 y 1993, especialmente en el caso de la región fuertemente infectada del norte del país.



Fuente: Jugsudee et al., 1996, Ejército Real de Tailandia

Como otras enfermedades de transmisión sexual son curables, los casos notificados de nuevas ETS son un indicador más fiable del comportamiento de riesgo sexual en el pasado reciente que los datos de prevalencia del VIH, que pueden reflejar el comportamiento de riesgo de un decenio o más en el pasado. En Tailandia sólo se tienen datos de prevalencia de las ETS respecto de los pacientes que acuden a tratarse a los dispensarios públicos; esos datos no incluyen un importante grupo de pacientes del sector privado. Aunque son, por lo tanto, incompletos, los datos presentados en la figura 3 sugieren claramente que las relaciones sexuales sin protección con compañeros de alto riesgo van en descenso.



Fuente: División de Enfermedades Venéreas, Ministerio de Salud Pública

### ■ Disminución de las nuevas infecciones

La prueba más convincente de los cambios recientes en los niveles de infección proviene de los estudios longitudinales de cohortes que miden la tasa de nuevas infecciones, esto es, la incidencia. Esos estudios siguen a las personas en el curso del tiempo y calculan cuántas personas se infectan por cada año (o mes) durante el cual se efectúa el seguimiento. Las tasas de incidencia, por lo común, se expresan en número de nuevas infecciones por 100 «años-persona» o 100 «meses-persona» de seguimiento. Entre los reclutas en la parte norte del país, las nuevas infecciones por el VIH se redujeron de 3,2 por 100 años-persona en 1991 a sólo 0,3 por 100 años-persona en 1995. En este grupo también disminuyeron otras ETS por un margen similar al notificado por los dispensarios públicos, como se ve en la figura 3. Este hallazgo sugiere que la disminución de las tasas de ETS observada en los dispensarios públicos es real y no se debe a que los pacientes acuden a tratarse en otra parte.

Entre las profesionales del sexo, las tasas de seroconversión con respecto al VIH fueron mucho más elevadas, aunque varios estudios han demostrado que las nuevas infecciones entre profesionales del sexo también están descendiendo. En una zona rural del norte del país, la tasa de nuevas infecciones se elevó de 12 por 100 meses-persona en 1989 y 1990 a 17 en 1991, antes de descender a 9 por 100 meses-persona en 1992 y 1993. Obsérvese que las tasas de incidencia en las profesionales del sexo se solían expresar en meses-persona, porque las nuevas infecciones, especialmente en los primeros años de la epidemia en Tailandia, se producían con rapidez. Estas continuas infecciones demuestran la importancia de la utilización sistemática de preservativo. Aunque el 90% de los contactos sexuales acaso esté protegido, las profesionales del sexo que no usan preservativo con todos sus clientes y otros compañeros sexuales pueden todavía infectarse rápidamente por el VIH.



Es alentador observar que las nuevas infecciones de ETS entre profesionales del sexo presentan una disminución aún más pronunciada que el VIH y están también en consonancia con los datos de los dispensarios públicos.

En la figura 1 se mostraron diferencias significativas en los niveles generales de infección por el VIH entre las profesionales del sexo que realizan su actividad en prostíbulos y las que realizan su actividad en forma «indirecta». Esas diferencias encuentran confirmación en las grandes diferencias en el número de nuevas infecciones registradas en estos dos grupos: 29 nuevas infecciones por 100 años-persona de seguimiento de profesionales del sexo en prostíbulos en un estudio en el norte del país en 1993, en comparación con 0,9 nuevas infecciones entre las profesionales del sexo «indirectas».

La información correspondiente a otros grupos no es tan completa; la incidencia del VIH entre profesionales del sexo masculinos en bares de homosexuales en el norte se mantuvo constantemente en un nivel elevado de alrededor de 12 por 100 años-persona entre 1989 y 1994. Sin embargo, ese porcentaje no se puede generalizar a todos los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, porque los trabajadores de bares de homosexuales tienen un riesgo elevado de infección por el VIH y son también predominantemente heterosexuales en Tailandia, donde a menudo tienen relaciones sexuales con profesionales del sexo. Los análisis repetidos de donantes de sangre muestran una reducción de 1,7 infecciones por 100 años-persona entre 1989 y 1990 a 0,5 en 1994. Esto, sin embargo, acaso refleje una creciente renuencia a donar sangre entre las personas cuyo comportamiento las expone al riesgo de infección por el VIH.

## Información comportamental

### *Fuentes de información*

En 1990 y 1993 se realizaron **encuestas nacionales** de los conocimientos sobre el VIH, el SIDA y los comportamientos sexuales y otros comportamientos de riesgo. En la primera ocasión se encuestó a más de 2.800 hombres y mujeres de entre 15 y 49 años de edad elegidos en forma aleatoria en todo el país. En la segunda encuesta, que utilizó un marco de muestreo similar y formuló preguntas similares, se reunió información de casi 4.100 encuestados. Las encuestas fueron diseñadas específicamente con fines de comparabilidad, de modo que sus resultados se pueden comparar para obtener un panorama del cambio en las actitudes y los comportamientos en el tiempo.

En 1993 se estableció en Bangkok un **sistema de vigilancia comportamental**. Este sistema, que funciona de manera similar al sistema de vigilancia centinela de infección por el VIH, encuesta a diferentes personas tomadas de la población definida a intervalos periódicos, a fin de presentar un cuadro de las tendencias comportamentales en el tiempo. En Bangkok, el sistema hace un seguimiento del comportamiento de los trabajadores manuales y de oficina y de los estudiantes de la enseñanza técnica de ambos sexos, los pacientes masculinos de ETS, las gestantes y las profesionales del sexo. En 1995 se estableció otro sistema nacional de vigilancia del comportamiento en 19 provincias, en las que rastrea el comportamiento de reclutas, trabajadores fabriles, estudiantes y gestantes. Ambos sistemas examinan el comportamiento de las personas de 15 a 29 años de edad. Este grupo de edad tiene una tasa más elevada de cambio de compañeros que las personas de 30 a 49 años de edad, razón por la cual cabe esperar que se observe un nivel más elevado de comportamiento de riesgo en la población vigilada que el notificado en los datos de las encuestas nacionales.

Los **estudios de cohortes** se han usado para observar el comportamiento mediante el seguimiento de personas en diversas poblaciones y el registro de los comportamientos notificados. Se cuenta con estudios de este tipo respecto de reclutas, profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y algunos otros grupos.

### ***¿Qué muestran estas fuentes?***

Entre la primera y la segunda encuesta nacional de comportamiento, muchos sectores de la sociedad tailandesa participaron en la respuesta nacional al VIH. La información sobre la epidemia se difundió ampliamente, se realizaron muchas campañas de sensibilización y se promovió activamente el uso del preservativo, especialmente en los prostíbulos. El efecto de esas campañas se puede observar en los cambios notificados en el comportamiento de riesgo entre 1990 y 1993.

#### **■ Relaciones sexuales extramatrimoniales**

Aunque el 28% de todos los hombres de 15 a 49 años de edad y el 1,7% de todas las mujeres informaron de relaciones sexuales extramatrimoniales en 1990, esas cifras disminuyeron al 15% para los hombres y a sólo 0,4% para las mujeres en 1993. La proporción de hombres que dijeron que habían tenido relaciones sexuales con profesionales del sexo durante el año anterior se redujo al 10% en 1993, en comparación con el 22% registrado en 1990. Entre los tailandeses más jóvenes, los indicios de cambios comportamentales son aún más pronunciados. Por ejemplo, la frecuentación del comercio sexual en el año anterior pasó del 57% en la cohorte de reclutas de 21 años de edad del norte del país enrolados en 1991 al 24% en la cohorte enrolada cuatro años después. Una disminución de magnitud similar se observó entre 1993 y mediados de 1996 en los datos de vigilancia comportamental de Bangkok.

A pesar de estos progresos, una parte importante de la población en algunas ocupaciones o regiones geográficas tiene todavía comportamientos de alto riesgo. Por ejemplo, en la vigilancia comportamental nacional se comprobó que cerca de un tercio de los jóvenes trabajadores fabriles de sexo masculino en las provincias decían que habían tenido relaciones sexuales con profesionales del sexo el año anterior. Además, el 15% de las trabajadoras fabriles informaron de que habían tenido relaciones sexuales casuales el año anterior, lo que representa un nivel más elevado que el observado entre trabajadoras similares en Bangkok.

#### **■ Uso de preservativo**

El uso notificado de preservativo aumentó extraordinariamente en los relaciones sexuales con profesionales del sexo, aunque en forma mucho menos extraordinaria en las relaciones sexuales sin fines comerciales. En la encuesta nacional de 1993, más del 70% de los clientes de profesionales del sexo dijeron que siempre usaban preservativo, o sea, casi el doble del 36% que dijo haber hecho lo mismo en la encuesta de 1990. Alrededor del 93% de los reclutas del norte del país encuestados en 1995 acerca del uso de preservativo en su última relación sexual con una profesional del sexo informó de que había utilizado preservativo, lo que representó un aumento en relación con el 61% registrado cuatro años antes. En la encuesta comportamental de Bangkok, las profesionales del sexo que trabajan en prostíbulos han informado durante cuatro años de que usan preservativo en alrededor del 90% de las relaciones sexuales con clientes no habituales.

Los planes de promoción del uso del preservativo han tenido más dificultad para sensibilizar a las profesionales del sexo indirectas. En varios estudios se ha observado que el uso de preservativo por parte de las profesionales del sexo indirectas es inferior al de las profesionales del sexo en prostíbulos. En un estudio se observó que el uso sistemático de preservativos entre profesionales del sexo que trabajan en restaurantes era inferior al 50%. Se han observado algunos indicios de aumento en el uso del preservativo en lugares «indirectos», por ejemplo, el sistema de vigilancia de Bangkok ha puesto de manifiesto un aumento sostenido del uso de preservativo en el comercio sexual indirecto.

Sin embargo, existen también indicios de que los hombres están dejando de acudir a los prostíbulos en favor de los lugares de actividad sexual indirecta, en la creencia de que son «más seguros». A finales del decenio de 1980, la mitad de las profesionales del sexo de Bangkok realizaba su actividad en prostíbulos. Para mediados del decenio de 1990, ese porcentaje había reducido a un tercio.

Se han cuestionado las elevadas tasas de uso de preservativo notificadas en Tailandia, a pesar de que el uso notificado de preservativos concuerda de manera relativamente satisfactoria con la distribución y las ventas de preservativos en el país. Los investigadores que se hacen pasar por clientes de profesionales del sexo han comprobado que esas tasas efectivamente están sobrevaloradas, aunque el margen no es elevado. Sin embargo, se observan diferencias importantes en el uso de preservativo en el caso de clientes habituales y no habituales. En un estudio se observó que las profesionales del sexo que notificaban el uso de preservativo en un 90% de los últimos tres encuentros sexuales declaraban el uso sistemático de preservativos en solamente el 70% cuando se hacía referencia a toda la semana anterior. Gran parte de esta diferencia entre el uso general y sistemático de preservativo se atribuye a la utilización mucho menor de preservativos con los clientes habituales de estas mujeres.

El uso de preservativo aparentemente es menor entre los hombres de zonas rurales y entre los hombres con educación limitada. En la vigilancia comportamental nacional en las provincias, sólo la mitad de los hombres que declararon que habían tenido relaciones sexuales con profesionales del sexo dijeron que siempre habían utilizado preservativo, lo que indica también que muchos hombres continúan corriendo riesgos por lo menos con algunas de sus compañeras.

Tanto los hombres como las mujeres informan también de un bajo nivel de uso de preservativo con compañeros ocasionales. Ese nivel rara vez pasa del 30% y en el sistema de vigilancia provincial sólo el 6% de las mujeres que informaron de relaciones sexuales ocasionales dijeron que utilizaban sistemáticamente el preservativo. Entre las mujeres casadas, el uso de preservativo en el último encuentro sexual es muy inferior al 10%. Aunque se dispone de muy pocos datos de comportamiento respecto de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, la vigilancia comportamental nacional pone de manifiesto que existe un bajo uso de preservativo en las relaciones sexuales entre hombres.

### ■ Consumo de drogas intravenosas

Los estudios del comportamiento entre los consumidores de drogas en Bangkok muestran una notable disminución inicial en el uso compartido de material de inyección, del 66,5% en 1989 al 24% dos años después. Al parecer, sin embargo, algunos de esos avances se han perdido, pues las encuestas de mediados de 1995 indican que el 43% de los consumidores de drogas intravenosas compartía dicho material.

## Vinculación de los patrones epidemiológicos con el comportamiento

Los datos de Tailandia muestran que las tasas de infección por el VIH van en descenso y que se están produciendo cambios en el comportamiento. Sólo falta establecer una correlación entre ambas tendencias. Con los datos de Tailandia, podemos investigar esos nexos en tres etapas. El presente estudio de casos tiene por objeto:

- identificar los comportamientos que están relacionados con la infección por el VIH;
- seguir esos comportamientos en el tiempo para determinar si culminan en una infección o protegen de la infección;
- demostrar que los patrones nacionales y regionales de comportamiento pronostican correctamente los patrones de infección, tanto geográficamente como en el curso del tiempo.

### *Identificación del comportamiento de riesgo: estudios transversales*

El examen de los datos transversales ayudará a determinar los comportamientos que están vinculados con la infección por el VIH. Mediante el examen de las personas infectadas en un determinado momento y la comparación de sus características y comportamientos con los de personas que no están infectadas, los epidemiólogos pueden determinar si ciertos factores o comportamientos están correlacionados con niveles de infección más elevados. Los epidemiólogos, por lo común, expresan sus hallazgos en términos de riesgos relativos de infección: la relación entre la probabilidad de contraer la enfermedad si se sigue un comportamiento determinado y la probabilidad de contraerla si no se sigue ese comportamiento. Un riesgo relativo de 4 (esto es, 4:1) significa que una persona con la característica o el comportamiento que se investiga tiene cuatro veces más probabilidades de infectarse que la persona sin esa característica, en tanto que un riesgo relativo de 0,5 significa que sólo tiene la mitad de probabilidades de infectarse.

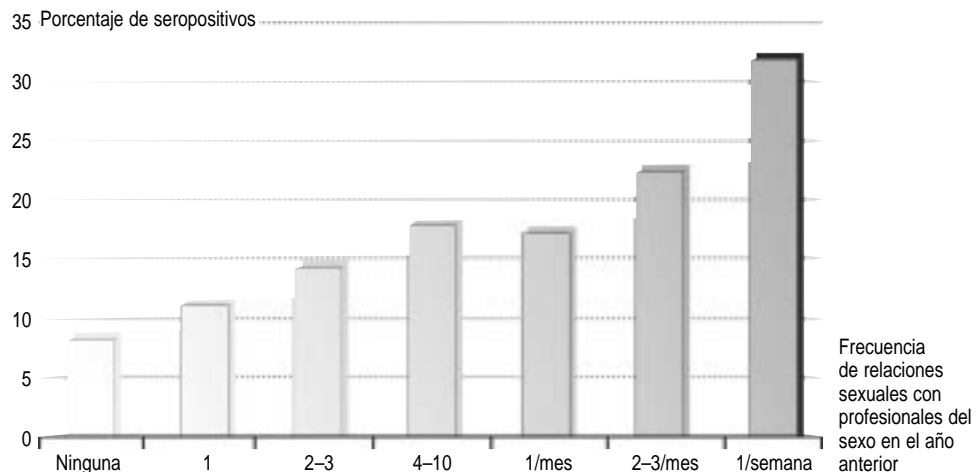
#### ■ Comercio sexual

En los estudios tailandeses, el comportamiento más estrechamente vinculado con la infección por el VIH son los antecedentes de relaciones sexuales con profesionales del sexo, que tienen un riesgo relativo de entre 3,6 y 13,6 en diversos estudios.

En un estudio, que se presenta en la figura 4, el porcentaje de reclutas seropositivos aumentó casi en proporción directa al número de veces que habían tenido relaciones sexuales con profesionales del sexo el año anterior.

En el caso de las profesionales del sexo, existe una sólida correlación entre el número de clientes por día y la infección por el VIH. En un estudio en Chiangmai se detectaron niveles de infección por el VIH del 4% en mujeres con un cliente por día, en comparación con el 62% en mujeres con seis o más clientes por día.

Figura 4. Porcentaje de reclutas seropositivos, por número de relaciones sexuales con profesionales del sexo el año anterior



Fuente: Nelson *et al.*, 1993

### ■ ETS

Asimismo, se observó que los antecedentes de otras ETS, que están independientemente relacionados tanto con el comercio sexual como con la infección por el VIH, estaban correlacionados con un riesgo relativo de infección por el VIH de entre 2,3 y 13,4 en los varones. Ello obedece a dos razones: biológicamente las personas con otras ETS tienen una mayor probabilidad de contraer o transmitir el VIH (la función de las úlceras genitales inducidas por ETS, así como de las ETS no ulcerativas, como cofactores en la transmisión sexual está bien comprobada); y se trata frecuentemente de personas con muchos compañeros sexuales, circunstancia que acrecienta el riesgo de tener un compañero con el VIH.

### ■ Uso de preservativo

La lógica indicaría que el uso de preservativo está correlacionado con tasas menores de infección por el VIH. Sin embargo, en los estudios realizados a principios de la epidemia se comprobó lo contrario: los hombres con tasas elevadas de uso de preservativo tenían niveles superiores de infección por el VIH. Ello acaso se deba a que los hombres con más probabilidades de usar preservativos eran también los que más probabilidades tenían de haber tenido un largo historial de comportamiento de riesgo. Como el uso de preservativo sólo se popularizó en Tailandia alrededor de 1991 o 1992, muchos de los hombres con más actividad sexual estaban ya infectados antes de comenzar a utilizar preservativos en forma regular. Ello pone de manifiesto una seria deficiencia en los estudios transversales: si bien formulan preguntas acerca del comportamiento reciente (por lo común, el uso de preservativo en el año anterior), detectan infecciones que bien pueden haberse contraído muchos años atrás, incluso antes de que se adoptara el uso del preservativo. En estudios recientes, realizados después de que el uso de preservativo fuera un hecho común por varios años, se comprueba la correlación previsible de un mayor uso de preservativo con una menor prevalencia del VIH. Además, en numerosos estudios de cohortes, que siguen en el curso del tiempo a personas no infectadas y, por lo tanto, examinan tanto los comportamientos recientes como las infecciones recientes, se han demostrado también los efectos protectores del uso de preservativo.

## ■ Otros factores

En cuanto a otros factores, tales como la frecuencia de las relaciones sexuales ocasionales o de las relaciones sexuales entre hombres, en los estudios transversales es difícil establecer relaciones claras entre el comportamiento de riesgo y la infección. Ello se debe, al menos en parte, a que es difícil separar estos comportamientos de otros factores que contribuyen al riesgo. Por ejemplo, se ha comprobado que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres o que tienen compañeros sexuales ocasionales muestran también mayores probabilidades de tener relaciones sexuales con profesionales del sexo.

Un porcentaje elevado de mujeres infectadas por el VIH en la población general informa de que no tiene comportamientos de riesgo distintos de las relaciones sexuales con sus maridos. Es interesante señalar una importante vinculación observada en un estudio entre la ausencia de infección por el VIH y la posibilidad de discutir las cuestiones sexuales con los compañeros sexuales. Casi las tres cuartas partes de las mujeres no infectadas dicen que pueden discutir abiertamente las cuestiones sexuales con sus compañeros, en tanto que sólo el 15% de las mujeres infectadas dicen que pueden tener esas conversaciones.

En cuanto a los consumidores de drogas intravenosas, la utilización compartida de material de inyección después de empezar a inyectarse está significativamente correlacionada con niveles más elevados del VIH. Los antecedentes de reclusión penal son también un factor de riesgo; no se sabe si ello se debe al consumo de estupefacientes o a la actividad sexual en el establecimiento penitenciario, o a un cambio en las actitudes en favor de un comportamiento de alto riesgo después de la reclusión.

Las encuestas transversales, pues, pueden dar alguna idea de los comportamientos vinculados con niveles más elevados de infección. Sin embargo, no permiten determinar con facilidad cuál es el factor causal. Además, algunas relaciones pueden parecer lo contrario de lo que era previsible, porque se confunden con otros factores, como se advierte en el examen del uso del preservativo.

Para investigar estos vínculos con más claridad es necesario realizar estudios longitudinales de cohortes.

### ***Seguimiento de la relación entre los comportamientos de riesgo y la infección: estudios de cohortes***

Los epidemiólogos utilizan diversos criterios para determinar si una determinada exposición o comportamiento culmina en enfermedad. Entre esos criterios se cuentan los siguientes:

- **solidez de la asociación:** cuanto más sólida es la asociación (correlación) entre la exposición y la enfermedad, reflejada en el riesgo relativo de infección, tanto más probable es que la relación sea ocasional;
- **relación dosis-efecto:** si existe una correlación entre una mayor «dosis» de exposición con una mayor probabilidad de morbilidad, es probable que la exposición haya causado la enfermedad;
- **coherencia:** los resultados similares de estudios con diseños diferentes y relacionados con poblaciones distintas son una indicación de que la relación probablemente sea ocasional;

- **relación temporal:** obviamente, para que un comportamiento cause una enfermedad o la transmita, ese comportamiento debe ser anterior a la enfermedad.

Como hemos visto, de acuerdo con los tres primeros criterios, los estudios transversales han determinado, en gran medida, la vinculación entre el mayor riesgo de infección por el VIH y un mayor comportamiento sexual de riesgo, por lo menos en lo que concierne a las relaciones sexuales con profesionales del sexo. El cuarto criterio esencial es más difícil de determinar mediante estudios transversales, especialmente en el caso de una infección crónica incurable como el VIH, en la cual el comportamiento de riesgo puede haber precedido en muchos años al descubrimiento del resultado. Las relaciones temporales, sin embargo, se pueden investigar en los estudios de cohortes.

Un estudio longitudinal de cohortes sigue a un grupo de personas en el tiempo. Estas personas no están infectadas al principio: su grado de exposición a la infección (en el caso del VIH, sus comportamientos de riesgo) se registra al principio del estudio y durante todo el período de seguimiento. Se registra la infección, y los comportamientos de las personas que se infectan se comparan con los comportamientos de las que no se infectan.

### ■ Comercio sexual

Para los reclutas que comenzaron el estudio como seronegativos, el factor singular más importante correlacionado con la seroconversión fueron las relaciones sexuales con profesionales del sexo. En un estudio, los hombres que habían tenido relaciones sexuales con una profesional del sexo en los seis meses entre las pruebas del VIH tenían 5,2 veces más probabilidades de infectarse que quienes no lo habían hecho; en otro estudio, en los clientes de las profesionales del sexo se daban 3,6 veces más probabilidades de que se produjera la seroconversión. Esto determina que las relaciones sexuales con profesionales del sexo se producen en los mismos períodos relativamente breves que la seroconversión, lo que indica una firme correlación entre exposición e infección, y sugiere también que las relaciones sexuales con profesionales del sexo son anteriores a la seroconversión. Uno de los estudios demostró también una fuerte relación dosis-efecto, pues un mayor número de relaciones sexuales con profesionales del sexo en los seis meses anteriores aumentaba grandemente las probabilidades de infección tanto por el VIH como por otras ETS.

### ■ Uso de preservativo

En los estudios de cohortes de reclutas el uso de preservativo durante las relaciones sexuales con profesionales del sexo claramente protegió a los usuarios contra la infección. En un estudio se demostró que un cliente que utilizaba preservativos en menos de la mitad de sus relaciones sexuales con profesionales del sexo tenía 6,4 veces más probabilidades de infectarse que un hombre que usaba preservativos en más de la mitad de esas relaciones. En otro estudio, presentado en el cuadro 1, se notificó que cuanto mayor la frecuencia de uso del preservativo por el cliente en las relaciones sexuales con profesionales del sexo, tanto menor era la probabilidad de que se produjera la seroconversión o contrajera otras ETS.

Cabe mencionar, sin embargo, que incluso los hombres que informaron del uso sistemático de preservativo tenían tasas relativamente elevadas de seroconversión, lo que sugiere que acaso hayan exagerado sus declaraciones respecto del uso correcto y sistemático.

**Cuadro 1. Tasas de seroconversión e incidencia de ETS en hombres que usan preservativos en las relaciones sexuales con profesionales del sexo**

<b>Frecuencia del uso de preservativo en las relaciones sexuales con profesionales del sexo</b>	<b>Tasa de seroconversión con respecto al VIH por 100 años-persona</b>	<b>Tasa relativa de incidencia de ETS (sobre la base de las declaraciones de los pacientes)</b>
No tienen relaciones sexuales con profesionales del sexo	1,04/100 a/p	1,0
Siempre usan preservativo	3,47/100 a/p	2,3
A veces usan preservativo	3,75/100 a/p	7,1
Nunca usan preservativo	5,46/100 a/p	6,9

Fuente: Celentano *et al.*, 1996

Los profesionales del sexo masculinos que nunca habían utilizado preservativos tenían casi cinco veces más probabilidades de infectarse por el VIH que los que habían usado preservativos (alguna vez). Sin embargo, los estudios longitudinales de profesionales del sexo no han notificado datos concluyentes sobre el uso del preservativo. En un estudio que examinó dicho uso entre las profesionales del sexo no se observó un efecto protector contra la infección por el VIH, a pesar de que habían informado de que los usaban con el 90% de los clientes. Sin embargo, como se dijo antes, cuando el número de compañeros sexuales es elevado, el uso sistemático de preservativo es un factor crítico y algunas profesionales del sexo hacen excepciones frecuentes en favor de clientes o compañeros sexuales habituales. Cuando el uso de preservativo es realmente sistemático, se observan resultados satisfactorios. Por ejemplo, en una serie de estudios transversales de profesionales del sexo indirectas, realizados por el sistema de vigilancia comportamental de Bangkok, se observa una estrecha correlación entre las tasas descendentes de síntomas de ETS y el uso sistemático de preservativo.

### ■ Consumo de drogas intravenosas

Los estudios de cohortes entre consumidores de drogas intravenosas son raros. Un estudio de cohortes retrospectivo confirmó que el abandono del uso compartido de material de inyección reducía el riesgo de infectarse por el VIH. Confirmó, también, la observación hecha en estudios transversales de que los consumidores de drogas intravenosas seronegativos que habían ido a la cárcel tenían más probabilidades de contraer el VIH que los que no habían sido reclusos.

### *Comparación de los patrones nacionales*

Los estudios de cohortes, pues, han confirmado las pruebas observadas en los estudios transversales que indican que la epidemia tailandesa ha sido impulsada en forma predominante por el comportamiento sexual de riesgo. También han confirmado que el número de nuevas infecciones disminuyó en las personas que redujeron su comportamiento sexual de riesgo o nunca lo iniciaron.

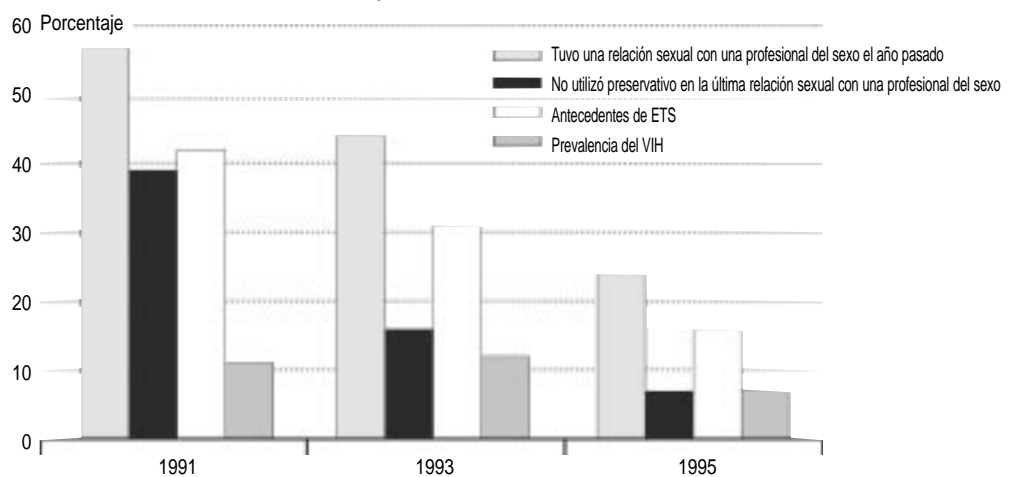
### ■ Vínculos sistemáticos en la parte norte del país

Como la situación de la infección por el VIH puede reflejar riesgos tomados muchos años antes, el cambio en el comportamiento no se traducirá instantáneamente en una reducción de la prevalencia del VIH. Incluso cuando se tiene presente esta circunstancia, en un estudio de los reclutas de 21 años de



edad en la región norte de Tailandia, gravemente afectada por la infección por el VIH, se observa a todas luces una correlación entre la reducción del comportamiento de riesgo y la prevalencia del VIH. Como se indica en la figura 5, la menor frecuencia de relaciones sexuales con profesionales del sexo y el mayor uso de preservativo fueron seguidos por una reducción de las tasas de ETS y VIH en toda la región septentrional. Con el objeto de comprender en qué medida la infección por el VIH en jóvenes de 21 años estaba correlacionada con el comportamiento de riesgo asumido antes de que comenzara el cambio del comportamiento, el mismo estudio examinó por separado las tasas de infección en la cohorte de reclutas de 1995 que habían comenzado su actividad sexual después de 1992 (cuando se llevó a cabo la campaña pro uso obligado de preservativo). El estudio comprobó que esos hombres sólo tenían una décima de probabilidades de seropositividad en comparación con los hombres en la cohorte en conjunto.

Figura 5. Cambio en el comportamiento y disminución de la infección por el VIH y las ETS entre varones de 21 años en el norte del país



Fuente: Nelson *et al.*, 1996

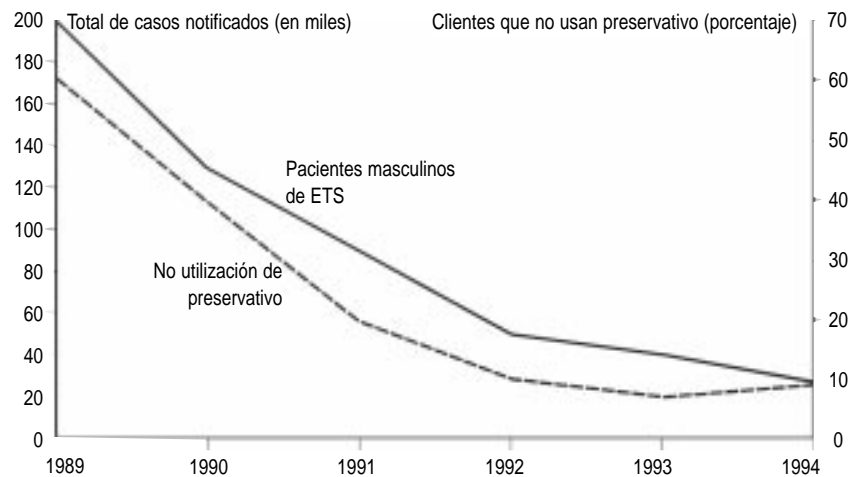
Otras comparaciones de datos de fuentes independientes confirman también que la prevalencia de las ETS y el VIH refleja el comportamiento en todo el país:

- La disminución de las tasas de ETS notificadas en dispensarios públicos en nueve provincias seleccionadas en forma aleatoria refleja, en gran medida, la reducción en el número de relaciones sexuales con profesionales del sexo notificadas en las encuestas en esas mismas provincias.
- A medida que la no utilización de preservativo en las relaciones sexuales con profesionales del sexo pasó a ser menos común en todo el país, a principios del decenio de 1990, lo propio ocurrió con el número de casos de ETS notificadas por los dispensarios públicos (véase la figura 6).
- La prevalencia de la infección por el VIH en reclutas de distintas regiones reflejó la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección con profesionales del sexo por parte de estos hombres en esas regiones, salvo en el norte.

En el norte del país, la prevalencia de la infección por el VIH fue muy superior al nivel pronosticado por la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección con profesionales del sexo. Cabe señalar que la epidemia en el norte parece ser más antigua que en otras partes de Tailandia, quizás debido a la mayor

incidencia del consumo de drogas intravenosas en la región. El virus comenzó a propagarse ampliamente antes de que se popularizara el cambio comportamental. En otras provincias, en cambio, la población empezó a adoptar comportamientos seguros antes de que el virus comenzara su propagación explosiva. En verdad, es muy alentador observar que en Tailandia el cambio comportamental en muchas partes del país se produjo mucho antes de que se advirtiera el efecto de la epidemia (por lo que se refiere a las defunciones relacionadas con el SIDA).

Figura 6. Descenso de las tasas de ETS en relación con la no utilización de preservativo



Fuente: División de Enfermedades Venéreas, División de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública de Tailandia

### Seguimiento de una epidemia dinámica

Tailandia ha realizado una labor excepcional, tanto en el seguimiento de la epidemia como en la lucha contra sus causas. Como las pruebas recogidas en el presente estudio de casos indican con toda claridad, el comportamiento de riesgo más importante respecto de la infección por el VIH en Tailandia –las relaciones sexuales sin uso de preservativo con una profesional del sexo o con clientes de profesionales del sexo– va en descenso. De resultas de ello, también están disminuyendo las tasas de nuevas infecciones por el VIH y otras ETS.

Sin embargo, la epidemiología del VIH es dinámica; cuando se cierra el paso a una vía de transmisión mediante cambios comportamentales, el resultado es que el virus encuentra otras vías de transmisión. Al disminuir el comercio sexual sin uso de preservativo, otros comportamientos de riesgo contribuirán a un porcentaje creciente de nuevas infecciones. La vigilancia comportamental comienza a señalar algunas de las vías por las que continúa la transmisión, a saber:

- un uso más frecuente del comercio sexual indirecto, en el cual se usa menos el preservativo y es más difícil promover su uso que cuando se trata de prostíbulos;
- las relaciones sexuales ocasionales, que siguen mostrando niveles muy bajos de uso de preservativo;
- la irregularidad en el uso de preservativo por las profesionales del sexo con sus clientes habituales y sus compañeros sexuales;
- el hecho de que los hombres sigan teniendo relaciones sexuales no protegidas con sus compañeros masculinos;

- el hecho de que los consumidores de drogas intravenosas continúen sus comportamientos de riesgo, incluido el posible comportamiento de riesgo en los establecimientos penales.

Estos comportamientos y las personas que los tienen son mucho más difíciles de determinar que el comercio sexual en prostíbulos, que propagó la epidemia en sus primeros años. Para comprender los cambios en los comportamientos de riesgo y determinar las intervenciones apropiadas, Tailandia tendrá que ampliar la supervisión y la vigilancia en esos aspectos.

## **Conclusión**

Los métodos y los resultados de los estudios individuales se pueden cuestionar. Sin embargo, cuando se los examina en conjunto y, en especial, cuando se comparan los datos de distintas fuentes, son evidentes las consecuencias de las medidas excepcionales de Tailandia para vigilar la epidemia y los comportamientos que la producen:

- la frecuencia elevada de relaciones sexuales sin protección con profesionales del sexo se acompañó de un aumento extraordinario de la infección por el VIH;
- el esfuerzo nacional por promover comportamientos seguros fue seguido por una disminución de las relaciones sexuales con profesionales del sexo y un aumento en el uso de preservativo;
- esos cambios de comportamiento han sido recompensados con una disminución de las ETS y de las nuevas infecciones por el VIH.

El acervo de pruebas reunidas por los sistemas de información epidemiológica y comportamental de Tailandia, y difundidas ampliamente en el país y en el extranjero, ha sido un instrumento vital para reducir la propagación del VIH. Ha permitido diseñar programas apropiados para contener la propagación de la enfermedad. Ha generado apoyo político y público en favor de la financiación de esos programas. Ha sensibilizado a las personas cuyos comportamientos las sitúan a ellas mismas y a sus compañeros sexuales en una situación de riesgo. En particular, ha permitido que Tailandia demuestre de manera convincente a su propia población y al mundo que la adopción de comportamientos seguros puede modificar el curso de la epidemia en los planos individual y nacional.



### ***¿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.

