

EL SIDA EN COSTA RICA, A FINALES DE 1988

Leonardo Mata *

Descriptores:

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
HIV

RESUMEN

Se indica el número anual y acumulativo de casos de SIDA en Costa Rica, a partir del inicio de la epidemia, de acuerdo al tipo de riesgo. La epidemia sigue el Patrón 1, de intensa transmisión del HIV en hombres homosexuales y bisexuales. La epidemia, sin embargo, tiene un fuerte componente de casos relacionados al uso de factor de coagulación VIII importado. No obstante, las estrictas medidas sobre la importación de ese factor, aseguran que probablemente no ocurrirán nuevas infecciones por medio de esa ruta. La epidemia continúa asociada a los factores de riesgo conocido, en similares proporciones, pero existe una buena posibilidad de incremento de la infección heterosexual, dado que la prevalencia de seropositivos al HIV en hombres bisexuales es tan alta como en hombres exclusivamente homosexuales. Finalmente, se describe las medidas que debieran considerarse en el control y prevención de la infección por el HIV en Costa Rica en los próximos años. (Rev. Cost. Cienc. Méd. 1988; 9(3): 1-5].

Aunque el primor caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en Costa Rica apareció en 1980, en un hemofílico (2), la epidemia se plasma al diagnosticarse cuatro casos más en hemofílicos en 1984, y el primor caso en un homo-

sexual en 1985 (10). Es factible que el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) empezara a circular entre homosexuales de Costa Rica desde 1982, dado que en 1985 aparecieron infecciones autóctonas por ese virus (11). Tanto así que en 1986 se diagnostican casos de SIDA autóctonos en hombres con esa orientación sexual (10). Esa situación es compatible con el largo período de incubación (promedio de 5 a 7 años) observado en la falange de San Francisco (3). En poco tiempo (1985-1988) los casos de SIDA en homosexuales sobrepasan a los casos en hemofílicos, Cuadro 1.

No han aparecido casos de SIDA autóctonos asociados a transfusiones de sangre contaminada, en parte debido a que nuestros donadores son tradicionalmente altruistas, y en parte al tamizaje (examen del SIDA) de casi todas las unidades de sangre a partir de octubre de 1985. Sin embargo, el extenso período de incubación de la infección por el HIV -2 a 12 años y quizás más (3) - da posibilidad a nuevos casos de SIDA, inducidos por transfusiones previo al inicio del tamizaje, o por accidentes ocurridos desde entonces.

No se han observado casos de SIDA autóctonos asociados a la drogadicción intravenosa, vicio infrecuente aunque creciente en nuestro medio. (El único caso fue adquirido en el extranjero). Sin embargo, como hay personas seropositivas con esa adicción, es de esperarse casos de SIDA autóctonos en un futuro cercano.

A partir de 1987, la mayoría de las infecciones por el HIV y de los casos de SIDA se da en hombres homosexuales y bisexuales, en una epidemia de magnitud relativa comparable a la de los Estados Unidos (8,13). La incidencia acumulada de SIDA en hombres homosexuales, expresa-

* Instituto de Investigaciones en Salud (INISA),
Universidad de Costa Rica, y Ministerio de Salud;
Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica; Costa
Rica

da por millón de hombres en edad sexual activa (15-64 años), fue similar a la observada en los Estados Unidos, si se compara a partir del año en que se inician las epidemias: 1981 en Estados Unidos y 1985 en Costa Rica (8). Para ilustrar, la tasa acumulativa de SIDA en homosexuales de Estados Unidos en el cuarto año de la epidemia fue de 82 casos por millón, y la correspondencia al cuarto año de la epidemia en Costa Rica fue de 77 por millón (8). La tasa global de SIDA en Costa Rica, al finalizar 1988, fue de 33,3 por millón de habitantes, cifra similar a la observada en el Brasil y otros países considerados como con mucho SIDA (13).

Cuál es la situación probable del SIDA en la mujer? Un estudio longitudinal (12) ha revelado que el 38 por ciento de los homosexuales "gay" que acuden en busca de la prueba del SIDA, han tenido o tienen relaciones sexuales con mujeres; sólo el 62% se declara exclusivamente homosexual. Dado que el HIV circula tanto entre los bisexuales como entre los homosexuales, muchas mujeres deben haber entrado en contacto con el HIV, por lo que es factible el desarrollo de nuevos casos de SIDA en mujeres. Sólo se conocía una mujer con SIDA (la esposa de un hemofílico), diagnosticada en 1985 (2). En 1988 se diagnostican dos nuevos casos en mujeres, esta vez en parejas sexuales de hombres infectados, lo que representa el 4 por ciento de todos los casos registrados en ese año. Así, es del todo factible que aparezcan nuevos casos en mujeres durante 1989, y que haya un incremento de casos a partir de entonces. La epidemia en Costa Rica podría estar evolucionando del Patrón I (predominio en homosexuales) al Patrón II (predominio de transmisión heterosexual) (7). Esa transición ya se está dando en la República Dominicana, Honduras y Brasil, por lo que se debe estar alerta sobre tal posibilidad en nuestro país. La estrategia de control y prevención del SIDA en nuestro país no debiera esperar a que ocurran cambios en la estructura de la casuística. Debe haber anticipación a los hechos dentro del contexto global de la

epidemiología del SIDA, y actuar en forma expedita, realizando las siguientes acciones:

1. *Vigilancia Epidemiológica*: Lograr el registro correcto del mayor número de infecciones del HIV y de casos de SIDA..
2. *Notificación de las Parejas*: Localizar el mayor número posible de parejas sexuales de los "casos índice", para descubrir el mayor número de contactos sexuales y de personas infectadas (6). La notificación de las parejas sexuales debe realizarse observando la confidencialidad y respetando los derechos individuales (1), sin menoscabo del bien público, como contempla nuestra Ley General de Salud. Una deficiencia en implementar esta acción llevará inevitablemente a la dispersión de la infección. La demora en efectuar el seguimiento y control *ahora*, resultará en la imposibilidad de lograr un control en el futuro cercano, cuando el número de seropositivos se torne inmanejable.
3. *Apoyo Psicosocial*: Brindar consejo y apoyo a las personas infectadas y enfermas, lo mismo que a sus contactos sexuales, respetando la confidencialidad (1). Dar consejo y apoyo antes y después de la prueba del SIDA. Cada pareja sexual seronegativa o seropositiva debe ser aconsejada y educada para favorecer cambios de conducta en el mayor número de ellas, a fin de limitar la dispersión del virus (6). Debe evocarse la solidaridad innata en la mayoría de los seres humanos, para evitar el contagio de otras personas.
4. *Información y Educación*: Diseminar información correcta sobre la naturaleza, mecanismos de transmisión y modos de prevención de la infección por el HIV en la población general (9), con el fin de que el mayor número de personas evite responsablemente la infección, y evite infectar a otros. Por razones obvias, debe darse prioridad a la educación de los

- jóvenes y de las personas con conductas sexuales riesgosas.
5. *Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)*: Ampliar la información sobre estos aspectos, con especial énfasis en las prácticas sexuales de la población global (5), a fin de ejecutar acciones sobre una base científica, para estimular cambios en conducta. Las acciones deben realizarse con respecto a la ideología y orientación sexual de las diversas subpoblaciones del país. Debe tenerse presente que buena parte de las infecciones ocurre en adolescentes y jóvenes, por lo que los programas deben enfocar esos sectores, sin menoscabo de otros grupos de edad también afectados.
 6. *Atención de los Pacientes*: Mejorar la atención de los pacientes con SIDA, combatiendo el prejuicio y la discriminación en los hospitales. Las proyecciones de la epidemia, calculadas a medias y finales de 1987 y a media dos de 1988 (13), se han cumplido con creces. Se esperaba 40 casos de SIDA en homosexuales en 1988, y se notificaron 40, con un subregistro de casos pertenecientes a los estratos sociales altos, estimado en 10%. La magnitud de la epidemia debe plantear, para un futuro cerca no, alternativas más humanas y de menor costo (albergues) a la atención hospitalaria del SIDA (4). Colateralmente, debe ampliarse y fortalecerse los servicios de apoyo psicosocial, a fin de brindar consejo y soporte a las personas que se someten a la prueba del SIDA, a la que se encuentran infectadas, y a las enfermas.
 7. *Acción Intersectoral*: Lograr acciones intersectoriales en el Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, tendentes a una comprensión prolija del problema del SIDA, capaz de movilizar al Sector Salud en la lucha contra el síndrome. Las acciones deben llegar, finalmente, a formar parte de la atención primaria de la salud.
 8. *Robustecimiento y Desarrollo de Infraestructura*: Mejorarla en todo lo referente al SIDA, abarcando las siguientes acciones:
 - a) creación de la red nacional de laboratorios;
 - b) mejoramiento del sistema de bancos de sangre para disminuir la donación por personas con factores de riesgo;
 - c) estandarización del diagnóstico de los casos de SIDA;
 - ch) mejoramiento de la atención y cuidado de las personas con SIDA;
 - d) legislación para controlar el mercantilismo, la explotación de las personas infectadas y enfermas, la violación de la confidencialidad, el maltrato a las personas afectadas, la discriminación de las personas infectadas y otras acciones reñidas con la ética.
 9. *Control de la Corrupción*: El Estado debe actuar enérgicamente contra los sistemas que favorecen la prostitución de los jóvenes, fomentan el sexo bizarro y aberrante y permiten el mercado de las drogas ilícitas. Tales factores favorecen la dispersión de la infección por el HIV. Entre los factores corruptores se encuentran la pornografía, el comercio y turismo sexual, la tolerancia de la prostitución de menores de edad y la existencia de locales para la promiscuidad sexual y distribución de alcohol y drogas ilícitas. Sobre estos elementos de decadencia social, el Estado debiera actuar directamente.
 10. *Investigación Científica* La investigación científica del SIDA y problemas afines en Costa Rica muestra notoria deficiencia, especialmente en las especialidades médicas. Por lo tanto, debe intensificarse esa actividad para lograr una mayor productividad en ese campo.

CUADRO 1

SIDA EN COSTA RICA, POR RIESGO Y AÑO DE DIAGNOSTICO*

Riesgo, transmisión	1984	1985	1986	1987	1988	Total
Homo/bisexual (hombres)		1	6	19	40	66**
Hemoderivados (hombres)	4	2	4	5	6	21
Transfusión (hombre)			1			1
Drogadicción I.V.(mujer)					1	1
Heterosexual (mujeres)		1			2	3
Perinatal (niña)					1	1
No determinado (hombres)					2	2
Total	4	4	11	24	52	95

* A diciembre 31 de 1988; ** 18% bisexuales.
Fuente: Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.

AGRADECIMIENTO

El presente volumen constituye un esfuerzo por divulgar estudios realizados por investigadores y equipos de trabajadores de varias instituciones del país, que de otra manera quizás hubieran permanecido inéditos. En la publicación del volumen se ha recibido amplia colaboración por parte de la Doctora Jessie Orlich, Editora de la Revista Costarricense de Ciencias Médicas, y financiamiento de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Se agradece el apoyo recibido de la Universidad de Costa Rica, Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT).

ABSTRACT

The yearly and accumulated number of AIDS cases in Costa Rica is shown, by group of risk, to illustrate that the epidemic follows Pattern 1 of intense transmission, fundamentally among homosexual and bisexual men. The epidemic has had a strong component of cases

associated to the use of imported contaminated clotting factor VIII. However, strict measures to ban the use of such factor shows that probably there will be no additional HIV infections in the future through this route. The epidemic will continue to be related to the known risk factors, in similar proportions, but there is good possibility for increase in heterosexual transmission, since the prevalence of HIV seropositivity among bisexual men is as high as in the exclusively homosexuals. The paper has a description of the measures that ought to be considered in the control and prevention of HIV infection in Costa Rica in the coming years.

BIBLIOGRAFIA

1. Carballo M. Introduction to "the critical role of counselling". En *AIDS. Prevention and Control*. Pergamon Press, Oxford, 1988; pp 77-81.
2. Cordero R; Montero C.; Astúa M. y Murillo N. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida en hemofílicos de Costa Rica,

- 1980-1986. *Rev. Costar. Cienc. Méd.*, 1988; este volumen.
3. Hessol NA.; Rutherford GW.; Lifson AR. O'Malley PM., Doll LS., Darrow WW., Jaffe HW., y Wedegar D. The natural history of HIV infection in a cohort of homosexual and bisexual men. A decade of follow up. IV *Int Conf AIDS*, June 12-16, 1988, Stockholm, Sweden. Book 1, Abstract 4096, 1988.
 4. Kouri Y. Mesa Redonda sobre "El desafío del SIDA a los servicios de salud" // *Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA*. Organización Panamericana de la Salud, Río de Janeiro, Brasil, Diciembre 12-14, 1988.
 5. Madrigal J. SIDA. Conocimiento básico de la mujer en Costa Rica. *Rev. Costar. Cienc. Méd.* 1988; este volumen.
 6. Mann J. Discurso de clausura de la // *Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA*. Organización Panamericana de la Salud, Río de Janeiro, Brasil, Diciembre 12-14, 1988.
 7. Mann JM.; Chin J.; Piot P. y Quinn T. The international epidemiology of AIDS. *Scientific American*, 1988; 259: 82-89.
 8. Mata L.. ¿Cuán grande es la epidemia de SIDA en los hombres homosexuales de Costa Rica? *Rev. Costar. Cienc. Méd.* 1988; este volumen.
 9. Mata L.; Cornejo H.; Brenes VJ., y Mohs E. Campaña de educación sobre el SIDA. *Rev. Costar. Cienc. Méd.* 1988; este volumen.
 10. Mata L.. y Herrera G. AIDS and HIV infection in Costa Rica — a country in transition. *Immunol Cell Biol* 1988; 66: 175-183.
 11. Mata L.. y Ramírez G. Social characteristics and antibodies to HTLV-III/LAV in male homosexuals of Costa Rica. *Second World Cong Sex Trans Dis*, Paris, 25-29 June, 1986.
 12. Mata L.; Ramírez G. y Rosero L. Tipología y conducta de riesgo e infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) de hombres homosexuales de Costa Rica, 1985-1987. *Rev. Costar. Cienc. Méd.* 1988; este volumen.
 13. Mata L. y Valadez J. Proyección de la epidemia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en Costa Rica para el quinquenio 1988-1992. *Rev. Costar. Cienc. Méd.* 1988; este volumen.