

# **Respuesta de la seguridad social al VIH/SIDA. El caso de Costa Rica**

***Gisela Herrera,  
Caja Costarricense de Seguro Social,  
Costa Rica***

---

El enfoque que yo voy a dar mi presentación es contarles cuál ha sido la experiencia en Costa Rica en relación a la atención del VIH/SIDA y para esto tengo que explicar un poquito de nuestro sistema de salud, que difiere tal vez de los demás países, y las dificultades que hemos tenido, la historia más o menos resumida, por supuesto, y cuáles son los retos que estamos enfrentando en este momento y qué pensamos hacer en relación a eso.

Yo estuve por mucho tiempo en el Programa Nacional de SIDA. Fui Directora cuando el Ministerio de Salud tenía este Programa pero esto ya varió. El Ministerio de Salud no presta ninguna atención a las personas, y entonces, el Departamento prácticamente terminó en el 2001, y ahora todo prácticamente está dentro de la Seguridad Social. Dentro de la Seguridad Social trabajo en un hospital de tercer nivel, en la Clínica de SIDA de ese hospital, así que aunque ya no tengo el panorama general del país, sí les puedo contar las experiencias de los hospitales, para que podamos tener más o menos una visión de lo que está sucediendo en relación a SIDA en nuestro país.

Para comenzar, vamos a hablar un poco de Costa Rica, un país que cuenta hoy día con cuatro millones de habitantes, de los cuales una proporción importante son inmigrantes. Estos inmigrantes, nosotros los clasificamos de dos tipos: las personas que han llegado a vivir a Costa Rica y a trabajar, y su inmigración se ha debido a una necesidad de encontrar mejores recursos en el país, como mano de obra, por ejemplo, para las cosechas del banano, del café, etc. Y también tenemos inmigración de otro grupo de personas que llegan al país porque quieren pensionarse en las bonitas playas de Costa Rica. Ahí es otro tipo de inmigración, muy fuerte también. Agradecemos mucho a ambos tipos de grupos que estén con nosotros, pero lo que está pasando es que nuestro país está también teniendo ventajas y desventajas con esas inmigraciones.

¿Qué pasa? Los grupos que vienen con sus seguros internacionales no son una carga para el régimen de salud. Al contrario, es una contribución a la medicina privada. Pero, tenemos un grupo importante de inmigrantes que vienen,

algunos indocumentados, otros documentados, y que en un principio formaban un recargo muy serio al sistema de Seguridad Social. Hoy día lo que se está tratando de hacer es que toda persona que llega a trabajar al país obligatoriamente tenga que estar asegurado por su patrono y dar una contribución proporcional a su salario para este sistema. Si no tiene trabajo, el país –el país como gobierno– cubre a toda la población, tanto costarricense como extranjera. Y esto es algo tal vez diferente y hace que ciertos sectores, sobretodo ciertos hospitales de ciertas regiones, realmente hayan pasado por situaciones críticas en lo que es atención de las personas.

Vamos a hablar siempre de Costa Rica y de la situación, relacionándolo directamente con la epidemia de VIH y del SIDA. En este momento hemos acumulado más o menos alrededor de unos 5.000 casos de enfermos y estimamos que pueden haber entre 15 y 20.000 con el VIH, ya que no todos han desarrollado la enfermedad.

Hablamos de nuevo del sistema de salud. Nosotros tenemos un Ministerio de Salud, una Caja Costarricense de Seguro Social y una atención de medicina privada. El Ministerio de Salud, a través de un proceso de muchos años, dejó de atender a personas y hoy día únicamente se encarga de lo que es normativo, regulatorio. Tiene a cargo todavía las actividades de epidemiología, pero no ve en nada lo que es directamente atención a las personas. Esto fue todo un proceso. Lo último que se tuvo era que se tenían ciertos programas como el materno-infantil, vacunas, etc., pero también todo esto ya acabó y pasó a la Caja.

¿Qué tuvimos de bueno y qué tuvimos de malo? Lo bueno es que el Ministerio de Salud, aun cuando tuvo clínicas, etc., nunca tuvo realmente hospitales. Todavía en los años setenta y mitad de los ochenta había hospitales, pero era la Junta de Protección Social, que es otra entidad gubernamental que se alimentaba de la venta de lotería, fundamentalmente. Eso ya también terminó. Hubo también un hospital que era atendido por grupos religiosos, también terminó. Y ahora todos los hospitales están atendidos por la Seguridad Social.

¿Qué tiene de bueno y qué tiene de malo? El hecho de que el Ministerio de Salud ya no preste atención a las personas es bueno porque, en realidad, siempre hubo mucho problema en tener medicamentos, era siempre el presupuesto muy deficitario, como sucede en todos los gobiernos, no tenían un ingreso estable y entonces se hacía un poco de prevención, es cierto mucho más que ahora, pero realmente no tenía un presupuesto muy fuerte.

La Caja Costarricense de Seguro Social se supone, y está en la Constitución de nuestro país, debe dar una cobertura del ciento por ciento, y es cierto pero no toda la gente sabe ni tiene el conocimiento de cómo acceder a este sistema. Nosotros en realidad creemos que el acceso real pueda ser alrededor del

90%. Por ejemplo, una persona que está ilegalmente en el país, que sabe que no tiene documentos, no se atreve a ir a un sistema de salud porque sabe que está ilegal. En realidad, esta persona también tendría acceso. De hecho, las mujeres que tienen sus bebés, y prácticamente todos los partos son intra hospitalarios, llegan aún sin documentos y se las atiende.

Este sistema de la Seguridad Social cuenta con 29 hospitales, ubicados de primer, segundo y tercer nivel. En el tercer nivel tenemos tres hospitales de adultos y uno que es el hospital nacional de niños. Luego, cuenta también con clínicas de diversos tipos, clínicas que solo dan consultas externas, clínicas que dan internamientos rápidos, que serían por ejemplo para los asmáticos, personas que lleguen con algún problema que se pueda resolver con un internamiento en emergencia de uno o dos días, etc. Y la novedad, a raíz de que recientemente tuvimos un incendio en el Hospital Calderón Guardia, en donde yo trabajo, eso hizo que, por ejemplo, muchas de esas clínicas ahora trabajen 24 horas, para aliviar el problema del Calderón Guardia, que después de tener 500 camas de internamiento, ahora tiene únicamente 100. Entonces, se han sobrecargado los otros dos hospitales de adultos, y una de las formas ha sido aliviar con la apertura de estas clínicas con horario de 24 horas.

Los EBAIS son los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, y esto sería como la atención primaria, y aquí existe tiene un componente de atención pero también de prevención. Aquí tal vez todo el trabajo que se hacía a nivel preventivo del Ministerio de Salud, está recargado en los EBAIS. Funciona más o menos. O sea, no podemos decir que es excelente, pero por lo menos está mejor de lo que teníamos cuando desapareció por completo del Ministerio de Salud. Hay que reforzarlos, los equipos están formados por un médico que atiende varios pacientes simultáneamente, por enfermeras y técnicos de atención en salud, que es una figura más o menos reciente en nuestro país en este tipo de servicio. La idea es dar una atención extramuros, pero realmente todavía no es lo ideal que se planeó.

¿Qué tenemos de medicina privada? Tenemos en este momento dos o tres hospitales más o menos bien conformados. Digamos que dos muy bien conformados y uno en grado menor, en los cuáles se da la medicina privada, únicamente que viene del pago directo del usuario, o a través de aseguradoras. Esas serían aseguradoras internacionales, fundamentalmente, y tenemos un seguro que se llama Instituto Nacional de Seguros, que es un monopolio estatal. Es decir, en Costa Rica, en buena ley, ninguna persona tiene derecho a tener un seguro que no sea el de INS, porque es un monopolio. Pero, obviamente, hasta el Presidente de la República tiene un seguro que es internacional, porque el seguro del INS tiene bastantes restricciones, no ofrece una buena cobertura y generalmente se prefiere, cuando se tiene medios económicos, tener otros tipos de seguro. Pero eso es supuestamente ilegal. El problema que tenemos es que el INS, que es el monopolio estatal, no da atención absolutamente a nada que tenga

que ver con el VIH. Entonces, desde ese punto de vista, no hay atención privada por aseguradoras en el país.

Existen ONGs, y las ONGs crecieron muchísimo en los años ochenta y noventa, aparecieron muchas ONGs que querían trabajar el tema del SIDA, porque había un presupuesto designado para ellas y casi motivó la creación de las ONGs. Ha sido diferente en los últimos años, cuando estos presupuestos, que venían del programa de SIDA disminuyeron y hoy día hay prácticamente dos o tres ONGs que sobreviven y que tienen algún proyecto en este momento con nosotros.

Hay algunas ONGs que tienen albergues para pacientes terminales o con problema social, solo que las personas que van a estos albergues de las ONGs o de las religiosas, dependen, desde el punto de vista de medicamentos, de la Seguridad Social para atender a estos enfermos. Ellos solo dan, digamos, lo que sería hotelería del servicio.

¿Qué tenemos históricamente en el país? En 1983 se crea la primera Comisión Nacional de SIDA. Y uno dice ¿cómo es que el país despierta y piensa que hay que hacer una Comisión Nacional de SIDA en esta época, cuando prácticamente los países no se estaban organizando? Es que ya para esta época, en el 1983, teníamos los primeros casos de SIDA en la población hemofílica. Costa Rica tuvo sus primeros casos en personas que habían recibido transfusiones de hemoconcentrados y transfusiones de sangre y parte de la sangre, en la población hemofílica. La población hemofílica había logrado tener grandes adelantos en su tratamiento, en su sobrevivencia, en su calidad de vida, gracias a estas transfusiones, pero se encontró que durante el final de los años setenta y al principio de los años ochenta, estos factores de coagulación contaminados infectaron prácticamente al 50% de la población hemofílica en Costa Rica. De hecho, el primer caso SIDA reportado en nuestro país data de 1981. Y ¿cómo sabíamos nosotros en 1981, cuando ni el virus ni la enfermedad estaba descrita? Porque había un banco de sueros de los pacientes hemofílicos donde se estaba estudiando la hepatitis en ellos, que también era de transmisión sanguínea, y existe un instituto en el país que pertenece a la Universidad de Luisiana, que tenía los sueros de estos pacientes almacenados. En el año de 1985 se analiza la autopsia de un paciente que había fallecido en el 1981 y se encuentra que se había muerto por una peritonitis por citomegalovirus, enfermedad oportunista. Se analiza el suero que se tenía congelado y se encuentra que estaba positivo. Entonces, podemos documentar histológicamente y serológicamente en esta persona hemofílica, que el primer caso lo tuvimos ahí.

Ya para el año 1983, cuando se encuentra que había una población que estaba enferma del SIDA y que cumplía con todas las características de la enfermedad, reportadas recientemente, entonces se crea esta comisión multidisciplinaria para atender el problema.

En el 1985 tenemos la suerte de que, a través de este instituto que está en Costa Rica y que pertenecía a la Universidad de Luisiana, teníamos acceso a los reactivos que todavía no estaban disponibles comercialmente en el mundo, y de esa manera empezamos a hacer el tamizaje en los bancos de sangre en forma universal en todas estas poblaciones de donantes. Fíjense ustedes que el 1985 fue incluso mucho antes de algunos países desarrollados. Para poner un ejemplo, Dinamarca empezó a tamizar sus sangres en el 1986. Y si no hubiera sido por este instituto tampoco lo hubiéramos tenido, porque no estaban disponibles para la población. Pero, así fue y por esa razón empezamos tan temprano a tamizar. Eso permitió que la transmisión por transfusión de sangre se detuviera de forma muy temprana.

Miren que esto fue una crisis de política, porque incluso los técnicos, infectólogos inmunólogos de esa época que ya estaban estudiando y aprendiendo el SIDA, se oponían a que el país invirtiera en este tamizaje porque consideraban que el SIDA era un problema de otros, y no nuestro. Pero afortunadamente tuvimos un Presidente Ejecutivo del Seguro Social con mucha visión que estaba viviendo el tema muy cerca de los hemofílicos y dijo : “¡No! Esto hay que actuarlo.” Invertió muy tempranamente en ello y esta decisión política ha sido muy importante en por lo menos detener esta vía de contagio en nuestro país. Yo siempre digo que las cosas las hacen las personas. Y las personas en sí no necesitan de muchísimos recursos, simple y sencillamente pensar, intervenir y decidir, y se pueden lograr cosas maravillosas.

Luego, tuvimos una situación muy especial, tuvimos un Ministro de Salud que pensaba que el SIDA, así como esta intervención en bancos de sangre fue tan efectiva, él pensaba que con decretos podía eliminar el SIDA. Y desarrolló una cantidad de decretos que ustedes no se pueden imaginar. Decretos que decían que, por ejemplo, todo extranjero que permaneciera en el país por más de tres meses, hacía que hacerse el VIH obligatorio. Y eso se puso en vigencia. Luego dijo que como los barcos venían con marineros y los marineros podían venir con VIH, entonces los barcos tenían que quedarse cerca del puerto sin atracar y que tenían que hacerse la prueba antes de bajarse del barco. ¡Imagínense! Luego, también dijo que todos los prisioneros que estaban en las cárceles de nuestro país tenían que hacerse el VIH obligatoriamente. Luego, impuso también, y aquí fue donde el país explotó, que todos los empleados públicos –y él salió en primera plana del diario de mayor circulación poniendo el brazo– que todos los empleados públicos teníamos que hacernos la prueba obligatoriamente. ¡Imagínense! Entonces, ya con eso, él identificaba a todos los seropositivos y vamos a eliminar el SIDA.

Por supuesto que, a este punto, el país ya no soportó. Hubo muchas críticas, obviamente, se quejaron los países cuando los barcos venían y no podían

anclar, perdían dinero por no poder llegar al puerto, todos los grupos de derechos humanos hablaban de cómo iban a hacer las pruebas a los prisioneros, que no tenían derechos a decidir sobre esto. Se armó la de San Quintín. El único que se pudo implementar realmente de los decretos que él firmó fue el de los extranjeros, y estuvo vigente varios años en nuestro país. En todo esto, también es que todos estábamos aprendiendo del asunto, a algunos les sonaban que eran buenas medidas, otros sabían que eran ilógicas, y que el SIDA no se podría eliminar con normativas y decretos, pero ahí siguió la cosa.

Para el 1987 tuvimos la primer campaña por medios masivos. Ya se había empezado a poner el tema del SIDA en el tapete y ya la gente empezaba a conocer de esta enfermedad, pero no se había realizado realmente, desde el punto de vista gubernamental, ninguna intervención.

Luego, para esta época ya había muchos problemas sobre quién se hacía cargo de eso, quién iba a ver todas estas aristas que el SIDA estaba presentando. Entonces, el Ministro decidió que había que crear un departamento para el control del SIDA y así se hace. Ese departamento de control del SIDA era pues el encargado de ejecutar –recuerden aquellos famosos planos a mediano plazo de la OPS– y desarrollar actividades en los diferentes niveles, fundamentalmente dirigido a prevención, obviamente. La atención, que era atención de la enfermedad, se hacía siempre en la Seguridad Social.

Después de esto tenemos como fondo importante de salida de las campañas de educación, una encuesta nacional para saber qué sabía la gente, qué temores tenían, etc., lo que todos ustedes, como país, también vivieron. Pero lo tuvimos, por lo menos, documentado.

Cambia el gobierno y entonces se eliminan los decretos. Todos aquellos decretos prácticamente se derogan y entonces nos quedamos sin normativa. Pero era mejor no tener nada que tener decretos malos, realmente.

Para este entonces también se empieza, desde el punto de vista técnico a tener más conocimiento de cómo abordar la epidemia y entonces son los nuevos enfoques: que es el de la educación, que es información, que es la comunicación, que son los grupos vulnerables que cada uno tiene que tener su especificidad, que es el de los jóvenes, etc. Entonces, una de las cosas interesantes es que este gobierno no le tiene temor a las críticas ni a la iglesia y lanza una campaña de promoción del condón. En todo el país, en todo lugar, usted podía ver anuncios promoviendo el uso del condón, podía verlo en la televisión, en los diarios, en las revistas. En los colegios también logramos llegar a los jóvenes con campañas de auto-estima, pero también promoviendo el uso del preservativo.

Con este nuevo enfoque en la prevención, ¿qué nos estaba quedando suelto? Nos estaba quedando suelto que había grupos que todavía, por ejemplo, pedían el examen del SIDA para dar empleo, trabajadores de salud que se negaban a atender a los pacientes, que no querían operarlo, sobretodo las cirugías programadas, porque las de emergencia siempre las atendieron, pero no querían hacerles una operación de vesícula, no querían internarlos por X motivo, etc. Entonces, se empezó a trabajar con diferentes grupos sobre cómo hacer una ley que normara y que regulara esto porque sí estábamos teniendo bastantes problemas con derechos humanos con las personas que vivían con el VIH. Y no había ninguna forma de hacerlos entrar en razón. Ya habíamos pasado por la educación, información, el convencimiento, etc., y había ciertas empresas, incluso universidades privadas que pedían la prueba del SIDA a los estudiantes.

A raíz de eso, entonces, se hace la Ley General de SIDA, en la cual prácticamente queda conformado todo lo que es información, educación, etc., que el país tenía que proveer los recursos para estos temas, pero también se incluyen algunas sanciones para aquellas personas que tengan alguna actividad discriminatoria con los enfermos. Eso fue muy interesante porque desde ese entonces hasta ahora, yo les digo que no ha habido necesidad de sancionar a nadie. Pero solo el hecho de mencionar que existe una ley hace que las personas cambien sus actitudes discriminatorias. Y entonces eso nos ha ayudado bastante como respaldo.

En la misma ley se incluyó ya algo para antirretrovirales, porque para esta época un grupo de personas –fundamentalmente fueron cuatro enfermos en enfermedad avanzada–, presentaron un recurso de amparo ante la Sala Constitucional diciendo que ya existía un tratamiento efectivo y que ellos la única alternativa que tenían para sobrevivir era recibir este tratamiento. La Sala Constitucional falla a favor de los enfermos y obliga al Seguro Social a dar tratamiento a todos los enfermos que lo necesiten. Miren, nosotros teníamos por lo menos año y medio de estar trabajando con la Caja y les traíamos los artículos y les enseñábamos los resultados, y ofrecíamos organizarnos de manera de asegurar que no hubiera desperdicio en los antirretrovirales, y todo el asunto, y ellos, lo que nos hacían era como rodarnos, “sí, vamos a pensarlo”, “bueno, vamos a ver de dónde sacamos el presupuesto, vamos a hacer un recorte aquí y allá”, pero nada. No había forma, de ninguna manera. Pero, llega esto, van los pacientes, presentan el recurso, la Sala falla a favor de ellos, y al día siguiente teníamos que dar los antirretrovirales. Entonces, fue una carrera para organizarnos de un día para otro.

Pues sí, tuvimos que hacerlo de esta manera y prácticamente ya para el 1998 teníamos cubiertas alrededor de unas 600 personas, o sea, en cerca de seis meses se incluyeron, de acuerdo a unas guías que elaboramos los infectólogos, toda la población que estaba requiriendo los medicamentos.

Para esto, entonces se ideó, y ahora sí con calma, que diseñáramos una estrategia de atención que está basada en la existencia de una clínica de VIH/SIDA. ¿Qué es esto? En cada hospital central de tercer nivel existe un grupo multidisciplinario que está conformado por el médico, por el microbiólogo, por el farmacéutico, enfermera, en algunos casos, psicólogos, en los sitios donde hay, etc., y recientemente también se ha incluido al grupo par, o sea, un paciente que sea capacitado y que forma parte del equipo, lo que ha funcionado de maravilla.

Estas clínicas son encargadas de dar seguimiento al enfermo, dar también consejería sobre como analizar sus contactos sexuales, porque ya no hacemos lo que hicimos muy al inicio por acá, cuando lo que hacíamos era seguimiento de contactos. Igual como toda la intervención que se usaba en enfermedades de transmisión sexual, con gonorrea y con sífilis, la aplicamos al VIH. Y eso también nos duró muy poco tiempo, porque en el momento que estábamos siguiendo a los pacientes, etc., llegamos a altísimas personalidades, llegamos a la Asamblea Legislativa a buscar contactos, llegamos a los altos niveles de la sociedad, se volvió un problema muy serio. Y además, vimos que para muchas personas, la reacción era muy negativa en cualquier extracto de la sociedad. Entonces, en ese momento, como no teníamos grandes cosas que ofrecerle al paciente, más que hacerse la prueba y saber si era VIH, había gente que tenía reacciones muy opuestas. Habíamos descubierto, en estas personas, una vida oculta que de alguna manera se había evidenciado, y muchas veces su reacción fue tan negativa al grado de que “bueno, a mí me pasó, ahora que le pase a mucha gente.” Entonces, vimos muy claro que esta intervención que creíamos que era muy buena, resultó que no era tan buena. También recibimos amenazas de muerte. A lo mejor no eran ciertas, pero nos hicieron pensar un poquito más, y entonces dejamos este tipo de intervención. No funcionaba. Lo que funcionó para ETS, para el SIDA no funcionaba.

Entonces, en las clínicas lo que hacemos es el convencimiento de las personas: “¿Usted tiene pareja? ¿Su pareja es importante que tenga el mismo beneficio suyo, de venir hasta la clínica?” etc., o “Su esposa, usted no se atreve a decirlo, déjenos intervenir a nosotros, tenemos un psicólogo.” Capacitamos a la persona para que pueda comunicar a su pareja estable, o si la persona quiere, podemos intervenir nosotros directamente, como yo les decía. Esto es para seguimiento de contactos.

Pero también la clínica tiene una parte muy importante, que es en la parte de adherencia. Cómo lograr que esta persona se tome bien los medicamentos. Tanto tiempo nosotros luchamos por los medicamentos, que creíamos que era la batalla más importante que habíamos liderado en la vida. No, eso no fue nada. ¿Cómo hago ahora para convencer al paciente que se tome bien el medicamento? El tener el medicamento fue apenas el inicio. La batalla la tenemos ahora. En el

Hospital Calderón Guardia ya vamos casi por los 1.800 pacientes en tratamiento, y la batalla es lograr que cumplan con lo que el tratamiento antirretroviral exige. Más de un 98% de cumplimiento es el tratamiento. O sea, acercándose al cien. Si no es así, no funciona. Y entonces esto es, tal vez, la parte más importante.

Y ¿cómo lo hacemos? El médico hace su intervención y nos hemos dado cuenta de que después que habla 20 ó 30 minutos, el paciente no entendió nada. Habla tan enredado, hablamos tan complejo, y el paciente, que está además muy asustado por todo lo que le están diciendo, no le pone atención. Después, de ahí pasa donde el psicólogo, o donde la enfermera. Ahí entiende mejor. Ahí sí. Ahí ya empieza a captar cuál es la idea y cómo es que tiene que tomarse el tratamiento. Después pasa a la farmacia. Hay ahí también un grupo encargado de darle la información. Y luego, lo que más nos funciona, es el grupo par. Es la persona viviendo con el VIH que tiene capacitación la que realmente logra un canal de participación. Pero ya pasaron cuatro personas. Entonces, cuatro personas logran lo que el médico solito jamás lo hubiera logrado.

¿Qué hacemos también en las clínicas? Esos pacientes tienen que llegar, periódicamente, por los antirretrovirales. Nosotros los vemos cada cuatro o cinco meses, pero cada mes tienen que llegar por los tratamientos. Se les da tratamiento por un mes únicamente. O, si vive lejos, se le envía al lugar donde ellos viven. Y esa es una forma de evaluar qué tanto están cumpliendo con el tratamiento. Si están llegando puntualmente en la fecha que les corresponde retirar el medicamento, probablemente se está tomando bien.

De las cosas importantes, la legislación, como les decía, habla de la prevención, habla de la atención también y sobretodo cómo vamos a trabajar el tema de los derechos humanos. La ley esta también incluye un apartado para los prisioneros, porque se sabe que son un grupo vulnerable y que además, ha sido muy fácil violar los derechos humanos de ellos. Entonces, también incluye información, educación, etc., e incluso cómo desarrollar tratamiento antirretroviral en las prisiones. Y lo que les decía, en este caso, cuando es ley de la República, sí tienen sanciones. Sanciones para el patrono que discrimine, para aquellos que despidan una persona por VIH, etc. Pues esto no es tan así. Existe la ley, pero sí sabemos de casos que los han despedido porque se conoce el diagnóstico de VIH, y en realidad, lo más que podemos hacer es que se cumpla algo, por ejemplo, que en estos casos se les paguen las prestaciones. Es decir, salen con todos los derechos laborales, pero cualquier patrono, especialmente en el área privada, tiene derecho a despedir a cualquier empleado porque tiene ojos azules, o porque tiene lo que sea. Entonces, si tiene el VIH y el patrono quiere despedirlo, lo despide, siempre y cuando vaya con sus garantías laborales.

En campañas, recogimos desde el inicio de la primera campaña que podían ser contraproducentes. Hubo un anuncio que era un paciente que estaba

prácticamente en lecho de muerte, que se prestó a hacer el comercial, y qué tan mal estaría que dos días después falleció. Él, en estas condiciones, dio su testimonio y hablaba, con un mensaje para los jóvenes: “Tu, cuídate.” Bueno, el ver a aquel hombre en televisión era tan terrorífico, que la campaña más bien fue negativa. Estábamos informando muy mal la situación. Estábamos presentando el SIDA con un enfermo terminal, dando el mensaje equivocado que el SIDA es fácilmente identificable por el aspecto. La gente creía, como resultado, que una persona con SIDA tenía que verse como el de la televisión. Vean ustedes que las intenciones no bastan. Y desgraciadamente eso se aprendió con los golpes de la vida. Que una campaña inicial podría ser tan negativa, en lugar de promover lo que queríamos, que era evitar la transmisión.

Y ya después, para motivar el uso del condón, ahí fuimos un poco más creativos. Hoy día, las campañas que persisten en relación al condón son de las empresas que comercian los preservativos. Ya prácticamente no hay campañas por medios pasivos, fundamentalmente por costos y porque sabemos que ya la gente sabe del SIDA. O sea, por lo menos saben que existe. Otra cosa es que los jóvenes, hoy en día, dicen “esto es de los viejos, a los jóvenes no nos da SIDA.”

En cuanto al tratamiento antirretroviral, tenemos tratamiento para el enfermo, y esto es a través de unas guías, y estas guías dicen: “CD4 menor de 350; 350-900; y personas que tengan síntomas propios de la enfermedad o síntomas relacionados”, entonces es muy amplio; y carga viral de más de 100.000. Casi todos los tratamientos los empezamos en base a los síntomas y al CD4. La carga viral es el parámetro que menos utilizamos para utilizar tratamiento. Pero también tenemos tratamiento para la exposición, y pos-exposición en los casos de los trabajadores de salud. En aquellas personas que tengan un accidente de punzar, contacto con sangre o fluidos contaminados con el VIH, potencialmente, entonces van a recibir un mes de tratamiento con antirretrovirales. Y se les da el seguimiento por un año.

Luego, estamos trabajando en este momento las guías para ver si podemos incluir la exposición, después de abuso o violación en personas que han sido agredidas sexualmente y que no conocen el estado del agresor.

El tratamiento antirretroviral no solo nos ha ayudado para mejorar la sobrevivencia, por supuesto que sí, la calidad de vida, el menor internamiento de enfermos, pero también consideramos que hay una manera de control epidemiológico al tener menos personas con virus circulando. Y, de hecho, en los que tienen parejas estables, o las personas que tienen accidentes con el uso del condón, etc., la posibilidad de contagio cuando tienen carga viral indetectable, conocemos que es menor la propagación.

Los nuevos retos. ¿Qué tenemos? Hemos logrado cosas interesantes, como el tamizaje el ciento por ciento de las sangres, hemos logrado que todas las personas que necesiten el tratamiento se les de, pero ¿cuál es la situación? ¿Qué ha pasado con la epidemia?

La epidemia sigue avanzando. A pesar de que tuvimos todo el tipo de campañas, intervenciones a grupos, etc., las poblaciones siguen creciendo, de jóvenes que son nuevos, que no oyeron del SIDA, no vieron nunca esas campañas, pero también de personas adultas y mayores que ya se les quitó el miedo al SIDA, como les decimos nosotros, y vuelven a tener sexo sin protección.

De hecho, hay aumento de casos del VIH. En este momento, por ejemplo, en el Hospital Calderón Guardia, reportamos 17 nuevos casos al mes. Nuevas infecciones por VIH. Diecisiete nuevos casos en un hospital que ve únicamente la tercera parte de la población del país. Probablemente en los otros dos hospitales las estadísticas sean muy similares.

¿Qué decíamos de los jóvenes? Bueno, los jóvenes muchos de ellos consideran que el SIDA es un problema de los viejos. Y eso lo vemos sobretodo en la población “gay” joven. La población gay joven no vivió lo que vivieron las personas que están ahora en tratamiento. Muchas de estas personas, que ahora tienen 40 ó 50 años, veían morir cantidad de personas conocidas, amigos de ellos, de SIDA. Los vieron morir a muchos de ellos. Y entonces, por supuesto, que el impacto de vivir esa situación es muy alto. Los jóvenes, no. Los jóvenes casi no conocen a nadie que se haya muerto de SIDA, por lo menos de su edad. Entonces, es muy difícil en este momento intervenir en estas poblaciones.

Otra situación que estamos viendo es que los jóvenes en Costa Rica, muy tempranamente están iniciando a tomar licor, más que otras drogas el licor. No circula prácticamente la droga endovenosa, de hecho no tenemos un grupo importante de drogadictos en nuestro país, pero el alcohol es tal vez el problema más importante para que los jóvenes se abstengan –obviamente que no–, tengan parejas estables –muy pocos–, y utilicen el condón –muy, muy pocos.

Además, otro de los problemas que tenían antes, que era el embarazo no planeado, hoy la mayoría de las muchachitas utilizan métodos seguros de planificación, y entonces el condón ha dejado de ser algo importante en estas poblaciones.

Sífilis es otro marcador que nosotros estamos viendo para medir de alguna manera la conducta y vemos que en sífilis ha habido un incremento. Pero no solo en la población en general, sino en la población de pacientes con VIH.

¿Qué retos tenemos? El desarrollo de resistencia al antirretroviral. De toda la población de personas que están con enfermedad por VIH, y que están en tratamiento, vemos que la resistencia a antirretrovirales ya se presenta en 20% por año de ese grupo. Empezamos, por ejemplo, 100 personas en enero. Al diciembre de ese año, el 20% están con virus resistentes, a pesar de todos los esfuerzos que estamos haciendo. ¿Qué implica esto? Que habrá personas que adquieran el VIH ya resistente. Eso es uno de los principales problemas. Segundo, que hemos agotado ya, en muchos casos, todos los retrovirales que puede utilizar una persona y que estamos viendo nuevamente muertes por SIDA, cosa que no veíamos en mucho tiempo, porque hay personas que ya no tienen opción de antirretrovirales.

Y luego, otro de los retos que tenemos es que el programa de tamizaje de la mujer embarazada lamentablemente no fue tan efectivo, no ha sido tan efectivo como el de tamizaje.

Y por último, el fortalecimiento de las clínicas de SIDA, que consideramos que es clave, tanto en la prevención como en el manejo de la atención.

Muchas gracias.