

Codesarrollo y salud. Prevención de la transmisión del VIH en Ghana: el programa Brothers in Work

L. Valerio^a, L. Solsona^a, F.E. Bentel^b, T.T. Baah^c, D. Ring^d y P. Essuman^e

Objetivo. Diseñar un programa de salud, en régimen de codesarrollo, destinado a disminuir la incidencia de VIH-sida en población rural africana.

Diseño. La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària ha desarrollado el programa de salud Brothers in Work (PBW) mediante un grupo de trabajo de médicos españoles y ghaneses. El programa consta de dos fases consecutivas. La primera –seguridad (*being safe*)– destinada a interrumpir la transmisión viral debida a accidentes biológicos con material sanitario. La segunda fase –intervención (*being active*)– se centra en introducir el cribado antenatal voluntario del VIH, el consejo y un protocolo de administración de nevirapina durante el parto a una cohorte de 600 embarazadas seropositivas. Los resultados serán comparados con los de otra cohorte compuesta de 600 embarazadas seronegativas.

Emplazamiento. Tres hospitales de distrito de la Región Central (Ghana).

Participantes. Un total de 876.000 personas de 3 distritos.

Mediciones principales. Valoración de la prevalencia de VIH-sida y supervivencia de los neonatos a los 18 meses. Control de la relación coste-eficacia de las intervenciones.

Resultados. Los costes directos estimados son: *a)* por diagnóstico de paciente seronegativa, 2,43 € (1,75 de copago), y *b)* por diagnóstico, consejo y tratamiento con nevirapina de paciente seropositiva, 6,6 € (4,65). La relación coste-eficacia estimada del programa es: *a)* por paciente diagnosticado, aconsejado e incluido en el programa, 23,5 € (15,3), y *b)* por caso de infección infantil intraparto evitado, 20,03 € (15,5). Se evitaría la transmisión del VIH a 54 niños (el 9% de los partos de mujeres seropositivas; el 6,3% del total de mujeres testadas).

Conclusiones. El PBW tiene una buena relación baja de coste-beneficio en la interrupción de la transmisión del VIH.

Palabras clave: África occidental. Ghana. Cooperación internacional. VIH. Nevirapina.

CODEVELOPMENT AND HEALTH. PREVENTION OF HIV TRANSMISSION IN GHANA: THE BROTHERS IN WORK PROGRAMME

Objective. To design a health programme, as part of a codevelopment programme, aimed at reducing the occurrence of HIV-AIDS in a rural African population.

Design. The Catalan Society of Community and Family Medicine developed the Brothers in Work Health Programme (BWP) through a working party of Spanish and Ghanaian doctors. The programme has two consecutive stages. The first (“being safe”) aims to stop transmission of the virus caused by accidents with health material. The second, intervention stage (“being active”) focuses on introducing voluntary antenatal screening for HIV, counselling and a protocol for administering nevirapine to a cohort of 600 seropositive women whilst giving birth. The results will be compared with another cohort of 600 seronegative pregnant women.

Setting. Three Area Hospitals in the Central Region of Ghana.

Participants. 876 000 people from 3 districts.

Main measurements. Assessment of HIV-AIDS prevalence and survival of newborns at 18 months. Monitoring of the cost-efficiency relationship of the interventions.

Results. Estimated direct costs are: *a)* for diagnosis of each seronegative patient, €2.43 (1.75 co-payment), and *b)* for diagnosis, counselling, and nevirapine treatment of each seropositive patient, €6.6 (4.65). Estimated cost-efficiency relationship of the programme is: *a)* for every patient diagnosed, counselled and included in the programme, €23.5 (15.3), and *b)* for each case of intra-delivery infection of baby avoided, €20.03 (15.5). HIV transmission to 54 children would be avoided (9% of the deliveries of seropositive women; 6.3% of the total women tested).

Conclusions. The BWP has a good cost/benefit relationship in the interruption of HIV transmission.

Key words: West Africa. Ghana. International cooperation. HIV. Nevirapine.

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Medicina Tropical. Comissió de Cooperació i Salut Internacional. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Coordinador del programa Brothers in Work. Barcelona. España.

^bMedical Officer. Our Lady of Grace Catholic Hospital. Bremen Asikuma. Ghana.

^cMedical Officer in Charge. Our Lady of Grace Catholic hospital. Bremen Asikuma. Ghana.

^dMedical Officer in Charge. St. Francis Xavier Hospital. Assin Foso. Ghana.

^eSenior Nurse Office of Maternity Ward. Our Lady of Grace Catholic Hospital. Bremen Asikuma. Ghana.

Correspondencia:
 Dr. L. Valerio.
 Unidad de Salud Internacional.
 ABS Santa Coloma de Gramenet 6-Fondo. ICS.
 Jacint Verdaguer, 118. 08923
 Santa Coloma de Gramenet.
 Barcelona. España.
 Correo electrónico:
 lvalerio.bnm.ics@gencat.net

Manuscrito recibido el 19 de enero de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 30 de mayo de 2005.

Introducción

El concepto de codesarrollo en los países de baja renta (PBR) se creó a partir de postulados económicos. En la década de los ochenta del pasado siglo, algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) y asociaciones de trabajadores inmigrantes en la Unión Europea se dieron cuenta de que el gran caudal de dinero que significaban los proyectos de cooperación internacional, por una parte, y la entrada de divisas procedentes de los inmigrantes, por otra, no revertía en el aumento de riqueza que cabía esperar en los PBR.

Ello era debido a que esa riqueza no se invertía en estructuras productivas ni siquiera sostenibles. La administración autóctona poseía muy escasa capacidad de control y gestión de estos ingresos¹. Además, la cooperación conllevaba contrapartidas tales como la entrada de empresas intermediarias o explotadoras de riquezas naturales.

Estos hechos promovieron el concepto de codesarrollo, definido como la inversión destinada a proyectos en los que se genere riqueza en forma de dinero o servicios. Podríamos listar sus características principales:

1. Son proyectos gestionables y gestionados por comunidades, instituciones, gobiernos o empresas de los PBR.
2. Aprovechan las estructuras locales en funcionamiento.
3. Los gobiernos de los PBR los autorizan y se implican en su sostenibilidad económica y ecológica.
4. La parte financiadora y su contraparte local están en un plano de igualdad.
5. Apenas se expatrián cooperantes europeos. Se contrata personal local, especialmente mujeres.
6. Son proyectos que crean o apoyan estructuras productoras de riqueza.
7. Se definen indicadores que permitan valorar la relación coste-efectividad del programa.

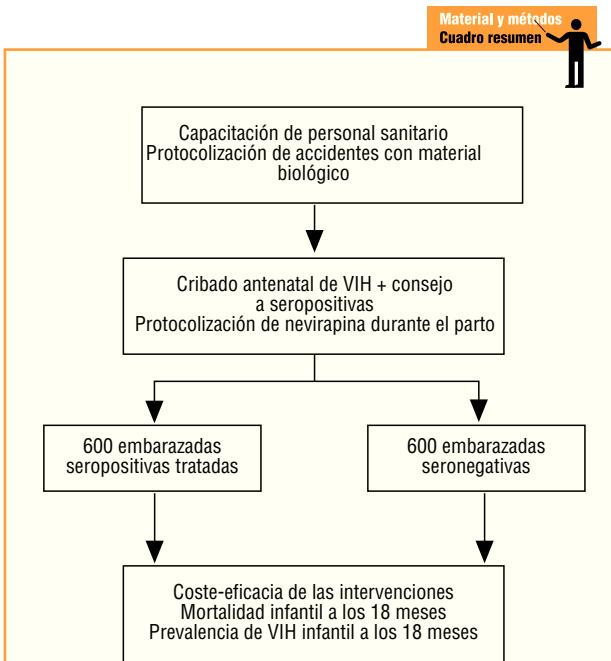
La mayor parte de las ONG públicamente acreditadas han adoptado el concepto de codesarrollo² como su eje fundamental. Ahora bien, cuando hablamos de salud las cosas se complican. Las necesidades son tantas y tan perentorias que es muy difícil vivir y trabajar en un PBR pensando en beneficios a largo plazo.

Desde la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFIC) y con la financiación de Fundación de Atención Primaria se participa en un programa de salud en Breman Asikuma (Ghana) en el que se intentó que la idea de codesarrollo presidiera su proyección e implementación³.

Objetivos

El objetivo estratégico, general, del programa PBW puede ser definido como reducir la incidencia de nuevos casos de VIH-sida en un entorno de alta prevalencia⁴. Para ello se definieron objetivos operacionales de cumplimiento sucesivo. La definición de dichos objetivos secundarios es

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Programa de salud con inclusión de un estudio de cohortes.

siempre coherente con la planificación sanitaria nacional ghanesa para el VIH-sida y está en equilibrio, hasta donde es posible, entre las recomendaciones de Organización Mundial de la Salud (OMS) y las condiciones locales⁵. Dichos objetivos operacionales eran:

1. Conocer la dimensión sanitaria y social de la epidemia.
2. Conocer las actitudes de los trabajadores sanitarios acerca del VIH-sida.
3. Interrumpir la transmisión viral debida a accidentes biológicos laborales con pacientes seropositivos.
4. Interrumpir la transmisión viral por vía maternofetal.
5. Estimar la relación coste-efectividad del programa.

Metodología

Población y métodos. Descripción del programa de salud

A través del conocimiento directo que miembros de la SCMFIC tenían del Our Lady of Grace Hospital (Hospital OLG) en Breman Asikuma, Región Central, Ghana (fig. 1), se solicitó a la Comisión de Cooperación y Salud Internacional (COCOOPSI) de la SCMFIC una «valoración de las posibilidades de soporte a la implementación de un programa preventivo para el VIH-sida» que pudiera prestar algún apoyo al personal sanitario del hospital, que poco o nada podía

**FIGURA 1**

Ghana en el África subsahariana.

hacer ante la gravedad desbordante de la epidemia. Se aceptó la propuesta en forma de visita de prospección más la realización de una Jornada sobre prevención de VIH-sida.

En Ghana se constituyó el grupo de trabajo del que forman parte 5 médicos (2 españoles y 3 ghaneses) más una comadrona (ghanesa). El grupo de trabajo diseñó el esquema y el cronograma del PBW. Hay dos coordinadores (uno ghanés y otro español). Ambos coordinadores visitaron a los directores médicos de otros hospitales de distrito (Assin Foso, Apam y Koforidúa) con el fin de informar de primera mano acerca de un programa que podía afectar a toda la región.

El coordinador ghanés informó a las autoridades sanitarias regionales y recabó los apoyos necesarios para la obtención de permisos. El coordinador español presentó el PBW a la Junta de la SCMFIC, que lo autorizó, y el presupuesto a la Fundación de Atención Primaria. A propuesta de la Junta, la asamblea de la SCMFIC votó a favor de destinar el 0,7% de los ingresos correspondientes al ejercicio 2003, de manera excepcional, al PBW. Posteriormente, la Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria añadió al montante su correspondiente 0,7% de presupuesto.

En el apartado de relaciones estratégicas se solicitó apoyo al grupo de enfermedades infecciosas y al grupo de VIH-sida de la SCMFIC para la toma de decisiones.

Asimismo, se contactó con una ONG (FERS) que colaboraba asiduamente con el Hospital OLG para conocer experiencias previas y puntos débiles de la estructura sanitaria.

TABLA 1**Respuestas al cuestionario de la Primera jornada sobre VIH-sida (n = 43)**

1. La probabilidad de transmisión del VIH debido a una punción accidental con material biológico infectado es de (correcta: a):

- a) < 1% = 39,6%
- b) 1-5% = 53,8%
- c) > 5% = 6,6%

2. En los países de la Unión Europea, los programas de salud para la prevención de la transmisión de VIH se centran en fomentar (correcta: a):

- a) Las actividades preventivas = 66%
- b) Las terapias antirretrovirales = 8,8%
- c) El cribado universal de individuos sanos = 25,2%

3. Antes de realizar un test de VIH a un paciente sospechoso, deberemos (correcta: b):

- a) Interrogar acerca de la presencia de anemias severas = 4,4%
- b) Recabar el consentimiento informado = 93,4%
- c) Descartar alcoholismo = 2,2%

4. Algunos países africanos aplican programas de interrupción de la transmisión del VIH de manera sistemática a (correcta: c):

- a) Pacientes con antecedentes de relaciones sexuales de riesgo, poscoital = 6,6%
- b) Usuarios de drogas por vía parenteral = 0
- c) Mujeres embarazadas seropositivas y neonatos durante el parto = 93,4%

Total de respuestas correctas: 73,1%

Objetivos, cronograma e indicadores

– *Objetivo A: Conocer la dimensión sanitaria y social del problema de salud principal.*

Cronograma: presentación de datos epidemiológicos procedentes de registros nacionales y de la OMS para Europa occidental y África occidental. Se contrastaron y discutieron datos y políticas sanitarias en ponencias («Primer taller de VIH-sida: intercambio de experiencias entre Europa y África». Hospital OLG, Breman Asikuma, abril de 2003). Indicador: no definido.

– *Objetivo B: Conocer las actitudes y conocimientos de los trabajadores sanitarios acerca del VIH-sida.*

Cronograma: implementación de cuestionario de actitudes y conocimientos (abril de 2003).

Indicador: resultados del cuestionario (tabla 1).

– *Objetivo C: Interrumpir la transmisión viral debida a accidentes biológicos laborales con pacientes seropositivos.*

Cronograma: a) discusión de bibliografía en ponencia del «Primer taller» (abril de 2003); b) revisión de procesos de riesgo (mayo de 2003); c) acuerdo del protocolo sobre el circuito de declaración de accidentes (testigos, libro de registro, médico responsable) y del protocolo de actuación con o sin medicación preventiva antirretroviral (mayo de 2003), y d) adquisición de un stock de comprimidos de lamivudina-zidovudina e inicio del registro (octubre de 2003).

**TABLA
2****Programas de las dos jornadas conjuntas sobre VIH-sida**

Primer taller sobre VIH-sida: intercambio de experiencias entre Europa y África

1. Bienvenida y apertura
 2. Introducción: principales vías de transmisión del virus VIH. Dos realidades diferentes
 3. Análisis de planes nacionales y de la implementación de programas específicos para cada vía de transmisión. La visión europea
 4. Análisis de planes nacionales y de la implementación de programas específicos para cada vía de transmisión. La visión africana
 5. Conclusiones
- Segundo taller sobre VIH-SIDA: niños sanos en un país sano
1. Bienvenida y apertura (Director de Sanidad de la Región Central)
 2. La estrategia en «Seguridad». Implementación y resultados
 3. Evidencia científica del uso de nevirapina durante el parto: experiencias en África
 4. Fortalezas y debilidades del uso de nevirapina en un hospital de distrito
 5. Conclusiones

Indicador: número de registros y grado de adecuación al protocolo.

– *Objetivo D: Interrumpir la transmisión viral por vía maternofetal.*

Cronograma: *a)* presentación de recomendaciones nacionales de diversos países africanos y de la OMS en ponencias («Segundo taller de VIH-sida: niños sanos para un país sano»). Hospital OLG, Breman Asikuma, abril de 2004; *b)* acuerdo del protocolo de diagnóstico prenatal y consejo. Protocolización del proceso de administración de nevirapir durante el trabajo de parto y al neonato (agosto de 2004); *c)* adquisición de una reserva de comprimidos de nevirapina genérico en India; *d)* inicio del programa (enero de 2005), y *e)* primer caso tratado (febrero de 2005).

Indicador: se definió prospectivamente un grupo de estudio compuesto por las 600 primeras mujeres embarazadas que fueran diagnosticadas de VIH en las consultas antenatales. El tamaño muestral mínimo para una prevalencia de VIH estimada en el 7% y una precisión del 0,04 es de 80 individuos. Para la obtención del grupo de estudio se deberá testar a unas 4.600 mujeres. El grupo control lo constituyen las 600 primeras mujeres seronegativas. Los primeros casos han sido incluidos en febrero de 2005. A los 18 meses, los niños serán testados. Se estima en un 10% los casos de niños nacidos de madre seropositiva que habrán contraído la enfermedad durante la lactancia⁶. Sobre esta base, los indicadores se definieron como: *a)* mortalidad infantil a los 18 meses en los niños de la cohorte tratada frente a la cohorte de niños nacidos de madre VIH negativa, y *b)* prevalencia de niños VIH positivos en la cohorte tratada.

**TABLA
3****Formulario original de recogida de datos de pacientes incluidos en el PBW (traducido del inglés)****Plantilla de datos PBW**

Para un test VIH de cribado o de confirmación, la paciente debe firmar el impreso específico de consentimiento informado. Si se confirma la infección, la paciente puede acceder voluntariamente al PBW.

1. Datos prenatales

Edad materna (años)

Número de hijos

Antecedentes patológicos

	+	-	Desconocido
HBsAg			
HcAt			
Sífilis			

Embarazo de riesgo

	Sí	No
Preeclampsia		
Embarazo múltiple		
Problemas placentarios		
Presentación distóica fetal		
Diabetes mellitus		

2. Datos posnatales

	Sí	No
Cesárea		
Fiebre intraparto		
Hemorragia grave		
Rotura membranas prolongada		

Peso neonato Talla neonato

Apgar Nacido muerto Sí No

3. Visita a los 18 meses (test de cribado VIH al niño ± test de confirmación)

VIH positivo → Criterios de sida VIH negativo
→ Sin criterios de sida

El niño murió debido a (causa) O bien se desconoce su causa

– *Objetivo E. Estimar la relación coste-efectividad del programa.*

Cronograma: no hay. Control de costes en la FAP.

Indicador: *a)* coste de formación de profesionales: determinación de costes; *b)* coste directo por paciente seropositivo, es decir, la suma formación + asistencia (visitas) + prueba de cribado + prueba de confirmación + gastos generales de consejo + medicación y material fungible; *c)* coste directo por paciente seronegativo, o la suma de formación + asistencia + prueba de cribado; *d)* coste del programa por paciente seropositivo diagnosticado y aconsejado: se reparte en coste/visita 4.600 visitas + prueba de cribado 4.600 + prueba de confirmación 600 usuarias seropositivas + gastos generales del PBW, y *e)* coste por caso de VIH neonatal evitado: si admitimos que en el contexto de África occidental el porcentaje medio de transmisión del VIH de madre a feto transplacentario e intrapar-

**TABLA
4****Porcentajes de financiación del PBW para cada actividad**

Financiador/Actividad	Ghana National Health Service	Copago	FAP
Formación de personal	–	–	100%
Cribado de VIH + Counselling	13,2%	65%	21%
Medicación (nevirapina)	X*	77,7%	22,3%

*Los costes de personal (sueldos) son asumidos por el Servicio Ghanés de la Salud y, en parte, por el arzobispado de Cape Coast. La estimación de la parte de gasto directo o de oportunidad en sueldo atribuible a la implementación del PBW durante los partos es de difícil aproximación. Posiblemente no supere los 0,1 € por nacimiento.

to se sitúa sobre el 18% y que la administración de nevirapir puede reducir dicho porcentaje en un 50%, entonces ello significa evitar el contagio a 54 neonatos (el 9% de los partos del grupo de estudio y el 6,3% del total de madres testadas). A partir de ello, el coste por infección evitada se reparte en gastos de compra y envío de nevirapina + costes de copago simbólico + material fungible.

Revisión de procesos*Actividad en 2003 (o la estrategia de «seguridad»).*

El grupo de trabajo formó un comité organizador para una jornada-taller acreditada por la SCMFIC (tabla 2), el «Primer taller de VIH-sida: intercambio de experiencias entre Europa y África». Asistieron 40 representantes de la plantilla de médicos, enfermería, comadronas, personal de laboratorio, personal de quirófano, agentes de salud comunitaria, personal de limpieza, administrativos más un representante de la Región Sanitaria y otro del arzobispado. Como conclusiones, se formularon unas recomendaciones para la prevención de la infección vía accidente biológico con material sanitario presuntamente infectado⁷. Ello representaba la puesta en marcha o la revisión de los siguientes procesos:

- Refuerzo de las actitudes y las conductas preventivas (enfermería, quirófanos, laboratorio y sala de partos).
- Revisión de la protocolización de actividades en el banco de sangre.
- Inspección y adecuación de los sistemas de contención de material biológico desechable, así como de la gestión de eliminación de residuos.
- Supervisión de la esterilización del material sanitario reutilizable.
- Consenso/protocolización conductual ante accidentes con material biológico.
- Acuerdo con la gerencia del hospital para financiar la compra de pruebas serológicas para el diagnóstico y el seguimiento de los trabajadores accidentados.
- Adquisición de una reserva de comprimidos de lamivudina-zidovudina.

Actividad en 2004 (o la estrategia de «intervención»)

Se organizó una segunda jornada-taller conjuntamente con la Dirección del Servicio Ghanés de la Salud de la Re-

gión Central y con la asistencia de los 4 directores médicos de hospitales de distrito. En el «Segundo taller de VIH-sida: niños sanos en un país sano» se presentó la evidencia científica concerniente a programas de interrupción de la transmisión del VIH maternoinfantil llevados a término en África y las recomendaciones de OMS^{8,9}. Los ponentes discutieron su factibilidad en las condiciones locales. Como conclusión general se acordó que la implementación del programa de interrupción era posible y acorde con las directrices político-sanitarias del gobierno. Ello representaba la revisión o implementación de los siguientes procesos:

- Capacitación de comadronas para ofrecer cribado del VIH a embarazadas sanas y para ofrecer consejo a las positivas.
- Puesta en marcha del protocolo de consentimiento informado.
- Elaboración de un protocolo de administración de nevirapir durante el parto.
- Elaboración de un cuestionario de recogida de datos para la ulterior evaluación del impacto del programa (tabla 3).
- Provisión de nevirapina en comprimidos para la madre en el trabajo de parto y en jarabe para el neonato.
- Provisión de un fondo de maniobra para cubrir gastos imprevistos y el tratamiento de efectos secundarios atribuibles al tratamiento antirretroviral.

Resultados*Objetivos A y B*

El cuestionario anónimo obtuvo un 73,1% de respuestas correctas. El único ítem que fue contestado mayoritariamente de manera incorrecta se refiere a la posibilidad de transmisión del VIH-sida a través de un pinchazo accidental. Más allá de los datos cuantitativos, la explícita implicación de las autoridades sanitarias y de la influyente jerarquía católica fue, quizás, el punto clave que permitió desarrollar el PBW.

Objetivo C

En febrero de 2005 constan 4 accidentes con material biológico sospechoso de infección por VIH. Todos ellos implicaron contacto sanguíneo del paciente, que fue desconocido en 1 caso, VIH negativo en 2 casos y VIH positivo en 1 caso. El protocolo se aplicó correctamente en 3 de ellos. El caso correspondiente al accidente con material VIH positivo fue tratado con antirretrovirales a pesar de su dudosa adecuación al protocolo.

Objetivo D

El sistema sanitario accedió a financiar las consultas antenatales (anteriormente se financiaban por pago directo de las familias).



Objetivo E (resumen en tabla 4)

El coste de formación de profesionales es de 1.138 € (financiación FAP) que, repartido entre 4.600 visitas, significa unos costes de formación de 0,24 € por paciente visitada.

Costes directos por paciente seropositivo tratado. En los casos seropositivos, el coste del programa es la suma de 0,24 € de formación + 0,4 € de visita + 1,75 € de la prueba de cribado + 1,9 € de la prueba de confirmación + 0,7 € de gastos generales de consejo + 1,6 € de medicación y material fungible, con un total de 6,6 €, de los cuales 4,65 € son financiados por las pacientes.

Costes directos por paciente seronegativo. Para los casos seronegativos, el coste del programa es la suma de 0,24 € de formación + 0,4 € de visita + 1,75 de la prueba de cribado, lo que da un total de 2,43 €, de los que 1,75 € son financiados por los pacientes.

Coste-eficacia del PBW por paciente seropositivo diagnosticado y aconsejado. Se reparte en 0,4 €/visita (financiación gubernamental; 0,4 € · 4.600 visitas = 1.840 €) + 1,75 € de la prueba de cribado (copago; 1,75 € · 4.600 = 8050 €) + 1,9 € de la prueba de confirmación (copago; 1,9 € · 600 usuarias seropositivas = 1.140 €) + 3.052 € de gastos generales directos del PBW (financiación FAP), con un total de 14.082 €/600 casos diagnosticados, lo que supone un total de 23,5 € por caso diagnosticado, aconsejado e incluido en el PBW (9,5 € financiados mediante copago).

Coste-eficacia del PBW por caso de VIH neonatal evitado. Se reparte en 242 € por gastos de compra y envío de nevirapina (financiación FAP) + 1 € (copago por 600 casos = 600 €) + 0,2 € de material fungible (copago por 600 casos = 240 €), lo que da un total de 1.082 €/54 neonatos e implica 20,03 € por caso de transmisión intraparto evitada (15,5 € financiados mediante copago).

Discusión

El PBW recoge la definición «fundacional» de codesarrollo ideada por Mosel et al (Estados Unidos, 1994)¹⁰, es decir, un intercambio colaborativo de ideas entre profesionales procedentes de realidades diferentes más los planteamientos actuales de Folch et al (Estados Unidos, 2003)¹¹ que lo definen como un intercambio no sólo de ideas, sino también de intereses, procesos y productos con un ánimo de enriquecimiento mutuo. El antropólogo Mallart se refiere a la idea de codesarrollo como la cooperación libre de contenido ideológico¹², ya sea éste religioso, político, económico, ya sea la voluntad de ayudar, la promoción de la mujer, de los derechos humanos, la protección de la naturaleza, etc.

Es, por lo tanto, la legítima promoción profesional en el campo de la investigación el cemento que une a sus miem-

Lo conocido sobre el tema

- Los proyectos sanitarios de cooperación internacional no siempre revierten en un aumento de la riqueza o la salud de los países receptores en su conjunto.
- Los países con prevalencias hiperendémicas de VIH se enfrentan a un carga social y sanitaria insostenible que, en definitiva, los condena a la improductividad y la miseria.
- Hay escasa evidencia sobre los resultados de los programas de prevención del VIH en el ámbito del África rural, especialmente en términos de coste-efectividad.

Qué aporta este estudio

- El programa de salud, en régimen de codesarrollo, puede crear riqueza en forma de consolidación de nuevos servicios sostenibles.
- La implementación de un programa de salud para evitar la transmisión del VIH en una zona rural de África es factible y evaluable.
- El programa presenta una relación coste-eficacia en la banda baja del rango descrito en la bibliografía.

bros españoles y ghaneses; no se debería exigir más de lo que es normal en Europa a los miembros de un grupo de trabajo por el mero hecho de que éste se desarrolle en África. Este planteamiento poco heroico y fácilmente criticable rehuye el nihilismo y se cobija bajo el paraguas de la SCMFIC. Así, por extensión, cabe concluir que las sociedades científicas pueden tener un papel en la cooperación internacional en tanto forma parte de su dinámica habitual el intercambio profesional de actividad con múltiples instituciones en un plano de igualdad y sin arrogarse el papel de ONG^{13,14}.

La limitación más evidente de los programas de codesarrollo puede radicar en su necesidad de estructuras prestadoras de servicios (comunidades, hospitales, gobiernos o empresas) organizados y funcionantes en los PBR en los que se implantan; resulta extremadamente difícil proponer programas de este talante en medios de inestabilidad política, urgencia sanitaria o miseria extrema. Por otra parte, quizás no sería ética su implementación en países donde los derechos civiles estén en entredicho o donde se violan los derechos humanos fundamentales. Debe admitirse que parecen

más adecuados para entornos políticos estables de países de pobreza media, aunque hay ejemplos de proyectos en condiciones de pobreza extrema¹⁵. Otra de sus limitaciones, relativa, es el menor control de las acciones e inversiones sobre el terreno por parte de los financiadores; los proyectos de codesarrollo deben dejar margen de maniobra al personal local responsable de éstos¹⁶. Por lo tanto, está claro que debe haber un clima de confianza entre los miembros del grupo de trabajo y una reinformación del personal local al financiador y del financiador a la masa social de base. En el caso del PBW, los coordinadores español y ghanés redactan conjuntamente un informe semestral que queda a disposición de la Junta y los socios de la SCMFIC.

Mientras se gestaba el PBW, la OMS publicó nuevas recomendaciones para evitar la transmisión materno-infantil del VIH. Se basaban en la administración de zidovudina a la embarazada desde la semana 28 de gestación hasta una semana después del parto y nevirapina a la mujer y la neonata durante éste. Sin embargo, la factibilidad de dichas recomendaciones en el África rural es escasa¹⁷. La misma OMS recomienda no ampliar los programas de prevención secundaria hasta que no se hayan introducido las adecuaciones necesarias en los sistemas de salud proveedores¹⁸. Es evidente, no obstante, que ello marca una línea y que a medio plazo deberá cambiarse el protocolo.

Uno de los puntos clave del PBW ha sido evitar su rechazo por parte de una población en la que el diagnóstico de infección por VIH equivale a una sentencia de muerte y conlleva el aislamiento social. La implicación del personal sanitario local, que realizaba ya consejos anti-VIH y que había ya establecido programas educacionales comunitarios *antes* del inicio del PBW (especialmente en el hospital de Koforidúa, con el programa «Viviendo con sida») es tan fundamental como para considerar que, sin ello, el programa de salud hubiera estado abocado al fracaso. La sincera colaboración y mediación del arzobispado católico, superando ciertas actitudes reticentes, fue y ha sido muy útil, tanto para la implementación como para la normalización de los derechos civiles de los seropositivos. En esta línea, es evidente que la sola puesta en marcha de un programa de salud con amplio consenso social tiene efectos positivos en cuanto a la disminución de la transmisión de la enfermedad y, aunque es de muy difícil cuantificación, la sensibilización comunitaria disminuye el coste-eficacia del propio programa.

Así, a finales de 2004, el Ministerio de Sanidad ghanés no sólo autorizó el PBW en los 3 hospitales de la Región Central, sino que acreditó el Hospital OLG como centro piloto de la estrategia nacional de lucha contra el VIH-sida.

La eficiencia y la relación coste-efectividad del programa son sus pilares fundamentales. Los programas de interrupción de VIH durante el parto presentan resultados extremadamente variables, de entre 14 y 14.942 € por caso de infección neonatal evitado. El impacto que supone la en-

trada de medicación antirretroviral genérica para programas nacionales a gran escala es el principal factor de reducción de costes. Los últimos estudios de coste-efectividad a gran escala con genéricos muestran una reducción por debajo de los 60 € por caso evitado¹⁹. El PBW se sitúa, por lo tanto, en la banda baja de los costes y, asimismo, es la clave la adquisición en India de medicación genérica a un precio 40 veces inferior al del mercado europeo. Uno de sus inconvenientes puede ser la necesidad de un copago. Aunque la obligación de pagar 6,6 € puede seleccionar una población de mayor poder adquisitivo, los ingresos son necesarios para la adquisición de más medicamentos. La gratuitad absoluta condicionaría la sostenibilidad del programa. En cualquier caso, las autoridades sanitarias locales coincidieron en preferir un copago simbólico en un país donde no hay financiación pública en la compra de medicamentos y en el que con frecuencia se adquieren medicamentos de precio superior. Evidentemente, unos buenos resultados de un programa de salud pueden suponer una ulterior financiación parcial estatal. El PBW no prevé ninguna intervención para evitar la transmisión del VIH entre madre y niño durante la lactancia, y ello es una debilidad del programa. Se consideró que la recomendación de mantenimiento de lactancia materna era aceptable en conjunto, dadas las circunstancias económicas y sanitarias de la zona^{20,21}. Las comadronas se comprometieron a «buscar» mujeres lactadoras alternativas para los niños nacidos de madre seropositiva. Evidentemente, no siempre será posible.

Más allá de los objetivos de PBW, la SCMFIC valoró como muy positiva la existencia de proyectos con ánimo de superar el marco neocolonial y etnocentrista en las organizaciones científicas en cuanto a sociedad civil y, aunque a veces exigen un esfuerzo explicativo, no caben dudas acerca de los beneficios de la sensibilización social que reparten. El PBW ha consolidado con plena normalidad, vía estatutaria aprobada en la asamblea general, la destinación del 0,7% de los ingresos de la SCMFIC a cooperación internacional y, en conjunto, canaliza de la forma más ordenada y científica posible la buena voluntad expresada tantas veces por los socios²².

En definitiva, los proyectos codesarrollistas en el ámbito de las sociedades científicas son pertinentes y entran de pleno en el campo de la *ética del conocimiento científico*.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento más sincero a los miembros de la COCOOPSI, especialmente a Silvia Barro y Juanjo Mas-cort. Por la SCMFIC: Ramon Morera, Daniel Ferrer-Vidal, Dolors Forés y la junta de la SCMFIC. Por la SRMFyC: José Luis Cañada. Y también a: Carmen Barba (FERS), José Pedro Torrubia (Embajada española en Ghana), Mr. Shailesh Pednekar (CIPLA Ltd.), María Luisa Rupérez, Joan Lozano, Santiago Rico y personal administrativo de FAP, Mr. Ansah y personal administrativo del Hospital OLG.

Bibliografía

1. Ollé J. Sofía se cayó de la bicicleta y yo me tomaré pronto un descanso. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:794-7.
2. Medicus Mundi Catalunya. Principios. Disponible en: http://www.pangea.org./medicus/e_quisom.html
3. SCMFIC. Estatuts de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona: SCMFIC; 1986.
4. WHO. Global situation of the HIV/AIDS epidemic, end 2004. *Wkly Epidemiol Rec*. 2004;79:441-9.
5. UNAIDS. UNAIDS policy on HIV detection tests and counselling. Disponible en: <http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/counsepolis.htm>
6. Olayinka BA, Obi CL. Symptomatic HIV infection in infants according to serostatus of mothers during pregnancy. *East Afr Med J*. 1999;76:566-70.
7. Vardas E, Ross MH, Sharp G, McAnerney J, Sim J. Viral hepatitis in South African healthcare workers at increased risk of occupational exposure to blood-borne viruses. *J Hosp Infect*. 2002;50:6-12.
8. Brooks J, Musoke P, Fleming T, Guay LA, Bagenda D, Allen W, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of Mother-to-Child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*. 2003;362:859-68.
9. UNAIDS. Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance. Disponible en: UNAIDS/WHO ed., Geneva: UNAIDS/WHO/WHO/CDS/CSR/EDC/2001
10. Mosel D, Gift B. Collaborative benchmarking in health care. *Jt Comm J Qual Improv*. 1994;20:239-49.
11. Folch E, Hernández I, Barragán M Franco-Paredes C. Infectious diseases, non-zero-sum thinking and the developing world. *Am J Med Sci*. 2003;326:66-72.
12. Mallart L. *Ocupes a l'Africa*. Barcelona: La Campana; 2001.
13. Neufeld V, Bergevin Y, Tugwell P. The role of academic health sciences in International Health. *CMAJ*. 1993;148:1546-49.
14. Valerio, L, Barro S, Guerrero MD. Cooperación internacional, sociedades científicas y salud internacional. *Cuadernos de Gestión*. 2000;6:139-45.
15. Osimani ML. The challenge of implementation of preventive programs in a developing country: experiences, situations and perspectives in Uruguay. *Clin Infect Dis*. 2003;37:422-6.
16. Barbour V, Cohen B, Yamey G, Butcher J. A new vision for clinical trials in Africa. *PLoS Med* 1(3):e71. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/perlServ/?request=ged-document&doi=101371/journal>
17. Scotland GS, Van Teijlingen ER, Van der Pol M, Smith WC. A review of studies assessing the costs and consequences of interventions to reduce mother-to-child HIV transmission in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2003;17:1045-52.
18. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr50>
19. Creese A, Floyd K, Alban A. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet*. 2002;359:1635-42.
20. Newell MC, Coovadia H, Cortija-Borja M, Rollins N, Gaillard P, Davis F. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*. 2004;364:1236-43.
21. Nolan ML, Greenberg AE, Fowler MG. A review of clinical trials to prevent mother-to-child HIV transmission in Africa and inform rational intervention strategies. *AIDS*. 2002;16:1991-99.
22. SCMFIC. Programa Brothers in Work. Disponible en: http://www.scmfic.org/php/scmfic-scmfic_comp-T_gt_components_gruptreball.php