

**EL FENÓMENO DE COMPENSACIÓN
DEL RIESGO
DESAFÍO ÉTICO DE LA SALUD PÚBLICA**

*Disertación de la Prof. Alicia Errázquin
en sesión privada del Instituto de Bioética
del 3 de julio de 2009*

EL FENÓMENO DE COMPENSACIÓN DEL RIESGO DESAFÍO ÉTICO DE LA SALUD PÚBLICA

Por la Prof. ALICIA ERRÁZQUIN

La expansión del VIH/SIDA nos lleva a profundos cuestionamientos y a la vez, a la necesidad de corregir los paradigmas de salud considerados hasta ahora, tanto para esta como para otras enfermedades de transmisión sexual prevalentes en nuestra sociedad.

En el análisis de los múltiples aspectos inherentes a la compleja problemática del SIDA, ha de considerarse uno que resulta determinante: el de la *compensación del riesgo*.

Esta enfermedad de una corta historia no logra aún contener su propagación, y a diferencia de otras enfermedades que han azotado al mundo, como por ejemplo la tuberculosis o la sífilis en el siglo XIX, el SIDA registra la asignación de una consideración sin precedentes. Después de sólo dos años de haberse descrito los primeros casos de la enfermedad (1981), el investigador Luc Montagnier descubre el agente causante (1983). En 1985 ya se disponía de las primeras pruebas para el análisis de detección del VIH en sangre y seis años después, en 1987 la FDA de los Estados Unidos autorizaba el primer fármaco.

Desde entonces, y a pesar de los esfuerzos que ha alcanzado la investigación de esta enfermedad en encontrar procedimientos diagnósticos y tratamientos antirretrovirales más eficaces, no parece cercana la posibilidad de disponer de una vacuna preventiva de la infección por VIH, lo que hace que el VIH/SIDA siga siendo una enfermedad incurable.

Un estudio publicado por “The Lancet”¹ en 2006, en el que se hace un análisis sistemático de datos de salud de la población con el objetivo de calcular la carga global de enfermedad y factores de riesgo, refiere que el VIH/SIDA es la cuarta causa responsable de años de vida perdidos y de muerte evitable en el mundo. El estudio interpreta que el análisis etiológico de la causa del factor de riesgo en la pérdida de salud contribuirá a mejorar la salud de la población.

El motivo de este trabajo es analizar aspectos de las causas de los resultados que han producido las estrategias preventivas vigentes promovidas desde la Salud Pública a nivel internacional y que han sido concluyentemente ineficaces.

Tanto las conclusiones de los estudios de la literatura científica disponibles, como el análisis de los resultados obtenidos de programas preventivos, creados y desarrollados localmente en determinadas regiones y países del mundo, prueban que la estrategia central de la prevención del SIDA consiste en promover y adquirir actitudes de *evitación del riesgo* íntimamente ligadas al comportamiento humano personal.

Es por ello que, el propósito de todo programa de prevención para que sea realmente eficaz, debe estar dirigido a modificar esas actitudes que hacen a la persona susceptible de contraer el virus, y en la lucha contra el VIH/SIDA lo que se ha demostrado efectivo es la modificación de los *factores de riesgo*.

¹ López, Alan D; Mathers, Colin D; Ezzati, Majad; Jamison, Dean T; Murray, Christopher J L., “Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data”, *The Lancet*, Vol. 367, May 27, 2006, pp. 1747-57.

Diferentes respuestas preventivas de “evitación del riesgo”

La llamada “*evitación del riesgo*” para las ETS tiene en la población un impacto muy marcado. Cuando las intervenciones para la prevención se encaminen a formar hábitos y actitudes en las personas que le permitan “*evitar el riesgo*”, ese convencimiento personal modificará su conducta a la vez que se convertirá en parte de la solución.

Se ha demostrado que la “personalización del riesgo” de infección es importante para facilitar todo cambio del comportamiento en la población general².

Sin embargo, la evidencia epidemiológica indica que la “*evitación del riesgo*” es precisamente lo que más se ha descuidado en su consideración desde la Salud Pública internacional y explica por qué las estrategias de lucha contra la enfermedad estén fracasando.

Los datos del último “Informe sobre la epidemia mundial de SIDA” publicado por ONUSIDA en agosto de 2008 nos confirman el curso devastador de la enfermedad en el mundo, y donde dos medidas epidemiológicas estudiadas en estadística sanitaria, la *incidencia* y la *prevalencia* de una enfermedad, se presentan en un progresivo incremento.

En epidemiología, la *incidencia* de una enfermedad significa el porcentaje de individuos no enfermos y expuestos a la enfermedad en un momento dado que la contraen durante el período de tiempo siguiente³. Por tanto, la *incidencia* es una medida del número de nuevos casos de VIH/SIDA en cada año.

² Irala Jokin de, Hanley Matthew y López Cristina, “*Propóntelo, propóntelo. Evitar el Sida*”, EIUNSA, 2006, p.68.

³ Martín A, Luna del Castillo, J de D, “*Bioestadística para las ciencias de la salud*”, Ediciones Norma, 1990, 3ª edición.

Prevalencia de una enfermedad es el porcentaje de individuos de una población que tienen una enfermedad dada (en un instante de tiempo también dado)⁴. Por ejemplo, la *prevalencia porcentual* está dada por el número de personas que tienen actualmente VIH/SIDA por cada 100 habitantes.

El citado informe ONUSIDA de 2008 representa en el mapa del mundo con intensidades crecientes de color la medida de la *prevalencia* del VIH/SIDA en el mundo. (Cfr. mapas de tasas de prevalencia del Apéndice) Como podrá apreciarse, la gradual intensidad de grises (tasas de *prevalencia* por niveles) de los mapas comparativos entre 1990 y 2007 revalida el aumento del número de contagios por VIH/SIDA en el mundo.

La *prevalencia* es una cuantificación valiosa porque aprecia el *riesgo* de que una persona contraiga la enfermedad.

Este precedente epidemiológico es una lección que nos anima a rever las estrategias de salud pública que hasta ahora se han defendido, y que al tratarse de una “epidemia de conductas” hace necesario reconsiderar los conceptos de “*riesgo*”, “*evitación del riesgo*” y “*reducción del riesgo*”, que son causa radical del problema.

La falsa idea de seguridad transmitida en una pretendida “*evitación del riesgo*” ha hecho creer a la población que el condón es la “tecnología” más eficaz para prevenir el SIDA.

Este pensamiento estratégico de la política sanitaria se ha centrado en dar información para que la población perciba el riesgo, pero a su vez, esa información no ha estado equiparada con la de poner énfasis en las verdaderas prácticas que evitan el riesgo, es decir, en un mensaje de reconocimiento y transmisión del valor de aquellos comportamientos que hacen el riesgo nulo.

En las últimas décadas, la mayoría de las intervenciones se basaron en la suposición de que los gobiernos pueden dirigir el

4 Ibid. 4.

“riesgo” exitosamente (...) y así, han mostrado una firme creencia de que los riesgos en la salud sexual pueden ser gerenciados⁵.

Es preciso comprender entonces, que no se trata de hacer campañas de promoción de condones, sino de entender las razones por las cuales las personas adquieren conductas que dan lugar a situaciones de riesgo sanitario.

Otro error cometido está dado por el direccionado del mensaje: el valor del impacto que se pretendía lograr con el mensaje protector ha fracasado también porque no ha tenido en cuenta la composición de las distintas poblaciones de riesgo a quienes iba dirigido; cuando es sabido que, para que las recomendaciones de prevención tengan un efecto beneficioso en salud pública deberán adecuarse a los grupos específicos a los que van dirigidas, y en consecuencia, ser elegido el canal de difusión correspondiente: o son convenientes canales poblacionales o bien canales personales. Con esto queremos significar que cuando se plantea la prevención del SIDA los programas deben tener en cuenta si tal prevención se dirige a proteger a una juventud no expuesta a riesgo o si lo está, a considerar si se trata de una población adicta a drogas o no, o se trata de una población de madres seropositivas embarazadas, o de una población homosexual o que se prostituye.

El costo de los errores está a nuestra vista.

Examinaremos algunos datos acerca del desconocimiento que sobre los *factores de riesgo* a enfermar de alguna ETS tiene la franja poblacional comprendida entre los 13 y 25 años de edad, y que apreciamos como etapa decisiva de la vida en la formación y ayuda “a los jóvenes a comprender y vivir la sexualidad, el amor y toda la existencia según su verdadero significado y su íntima correlación”⁶.

⁵ Cfr Richens J, Imrie J, Copas A; “Condoms and seat belts: The parallels and the lessons”, *The Lancet*; Jan 29, 2000; 355, 9201; ProQuest Medical Library, pp 400-403

⁶ S.S Juan Pablo II, *Encíclica Evangelium Vitae*, 97. Ed. San Pablo, 1995.

El primer estudio comprende una cohorte de 4252 adolescentes/jóvenes de la escuela de nivel medio de diversas ciudades de Argentina, Uruguay, Chile, Perú y México y en él se han evaluado la información y los conocimientos que sobre la enfermedad del SIDA poseen los estudiantes de la escuela media, mediante una indagatoria elaborada *ad hoc*⁷.

Datos del estudio advierten que el 53% de los estudiantes clasifica correctamente las vías directas de contagio de la enfermedad y expresan en un 55% que la enfermedad se previene utilizando condones, mientras que el 19% dice “cuidándose” y el 22% fundamenta su respuesta en valores humanos: la fidelidad, la abstinencia y la posesión de una información veraz. Resulta relevante destacar que el 74% de los estudiantes expresa saber que en nuestros días el SIDA no tiene cura y el 36% conoce el hecho científicamente comprobado que los condones sólo reducen el riesgo de infección. Del análisis de los resultados el estudio comprueba que el nivel de conocimientos sobre la enfermedad del SIDA en los adolescentes de nivel escolar medio, es significativamente escaso, lo cual los conduce a tener una falsa percepción de riesgo de contagio, y consecuentemente, denotan un comportamiento visiblemente riesgoso⁸.

Otro estudio prospectivo, de encuesta descriptiva y comparativa fue realizado en una universidad privada de la ciudad de Puebla, en México, sobre una población muestra total de 926 alumnos de entre 18 y 25 años de edad, elegidos aleatoriamente y divididos proporcionalmente entre alumnos de medicina y otras licenciaturas, y con el propósito de evaluar el grado de conocimiento sobre salud sexual y efectividad del condón para prevenir las enfermedades de transmisión sexual en una población estudiantil universitaria.

⁷ Errázquin, A, Pérez Cárdenas, P, “*Los jóvenes de Hispanoamérica y el Sida. Aportes preventivo-pedagógicos desde un estudio experimental*”, FICV, Julio de 2007.

⁸ *Ibíd.* 9.

Los datos de este estudio son determinantes: el 91% comentó que había recibido “muchísima información” sobre enfermedades de transmisión sexual y cómo prevenirlas. El 47,4% de la población total se refirió como sexualmente activa (65% hombres y 35% mujeres), de los cuales el 22,5% había tenido ya más de 5 compañeros sexuales. El 3% de la población total refirió haber padecido una enfermedad de transmisión sexual. El 46,6% de los alumnos de medicina consideró al condón como el método más seguro para prevenir enfermedades de transmisión sexual, en contraparte; el 40,8% de los estudiantes de otras licenciaturas consideró a la abstinencia sexual, como el método más seguro⁹.

La conclusión del trabajo expresa que “el grado de conocimiento de los alumnos encuestados sobre salud sexual y efectividad del condón es pobre. Deben permanecer conscientes los jóvenes que a pesar del uso del condón, ya sea consistente o inconsistente, existe un riesgo de 7 a 21% de transmisión de ETS. Por ello, debe considerarse a la monogamia conyugal y la abstinencia en los jóvenes, la única opción segura para evitar enfermedades de transmisión sexual”¹⁰.

Estas cifras reflejan que el dar información errónea y de desconocimiento de los factores de riesgo coloca a la población en general y a los jóvenes en particular frente a las enfermedades de transmisión sexual en un estado de mayor vulnerabilidad, que termina en el abandono de conductas de evitación del riesgo a cambio de ponerse a mayor riesgo de infección.

Por una parte, la experiencia habida en los años que lleva esta enfermedad ha demostrado que la información –aún si ésta hubiera sido verdadera–, por sí sola no es eficaz para motivar y sostener a lo largo del tiempo la adopción de comportamientos de evitación del riesgo en las personas, y por otra, el promover una falsa idea de

⁹ Cfr. Madrazo JM, Castellanos G, Huerta MT, Tarasco M, Marco J, “*Enfermedades de transmisión sexual y uso del condón para prevenirlas: percepción en estudiantes universitarios*”, Medicina y Ética 2007/2.

¹⁰ *Ibíd* 10.

seguridad bajo el único amparo del condón y no correspondida con un programa de formación integral de la persona, no sólo ha sido estéril sino que ha tenido un efecto contrario al que se buscaba.

Las campañas de difusión de condones no atacan la raíz del problema y lo que sólo puede hacer el condón es reducir relativamente el riesgo en el que la persona ya ha incurrido. El único modo de conseguir parar la epidemia de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual que han resurgido en la población, está en lograr que aumente el número de personas que toman riesgo cero, del mismo modo que cuando se intenta frenar el cáncer de pulmón se procura bajar el número de fumadores.

Los supuestos beneficios de nuevos métodos de prevención del HIV/SIDA pueden peligrar si ellos no están acompañados de esfuerzos para cambiar el comportamiento de riesgo¹¹. Así describe la literatura científica lo que ha dado en denominar el fenómeno de la “*compensación del riesgo*”.

El fenómeno de la “compensación de riesgo”

En salud pública, un concepto que se está valorando es el de la *compensación de riesgo*. Se entiende por “*compensación del riesgo*” cuando una medida preventiva más bien “tecnológica” o “biomédica” reduce la percepción de riesgo de la población y como consecuencia, empeoran o se abandonan otros comportamientos preventivos básicos. Al final, el riesgo supera el posible efecto beneficioso teóricamente asociado a la medida tecnológica¹².

¹¹ Cfr. Cassell, M. M., Halperin D. T., Shelton J. D., Stanton D., “Risk compensation: the Achilles’ hell of innovations in HIV prevention?”, *British Medical Journal*, Vol. 332: 605-7; 2006. El estudio contempla entre los nuevos métodos de prevención, condones, microbicidas, profilaxis de la preexposición antirretroviral, circuncisión y vacunas.

¹² Irala Jokin de, Hanley Matthew y López Cristina, “*Propóntelo, propóntelo. Evitar el Sida*”, EIUNSA, 2006, p. 49.

El fenómeno de la *compensación de riesgo* es también aplicable a las ETS y al SIDA, porque es la propia persona la que puede elegir el asumir comportamientos donde el riesgo desaparezca o bien donde solamente se reduzca.

Hipótesis de la compensación de riesgo

La *compensación de riesgo* ha complicado la introducción de otras innovaciones preventivas. Este fenómeno ha sido estudiado y analizado de modo comparativo en otras disciplinas tales como la seguridad vial, el empleo de cremas protectoras solares o en los “*safer cigarettes*” (cigarrillos más seguros).

Quien investigó sobre el comportamiento de los conductores que usaban cinturones de seguridad, Adams, sugirió que éstos se sienten más seguros y manejan más rápido o más descuidadamente que cuando lo hacían sin el uso de los cinturones de seguridad. Los beneficios de los cinturones de seguridad durante serios accidentes podrían ser neutralizados por: incrementos en el número absoluto de accidentes, incrementos en la velocidad en la cual ocurren esos accidentes e incrementos de muertes entre las personas que no usan cinturón de seguridad dentro o fuera de los autos. En los 23 meses que siguieron a la introducción de la ley de cinturones de seguridad en el Reino Unido, el número de muertes entre peatones, ciclistas y pasajeros no atados a cinturones de seguridad se elevó a 8 %, 13 %, y 25 % respectivamente. Adams y Wilde explican este fenómeno proponiendo la existencia de un modelo de gerenciamiento de riesgo individual que postula que todo individuo se siente confortable con un determinado nivel de riesgo y apunta a balancear las recompensas de toma de riesgos contra los peligros percibidos¹³. Esto puede comprenderse

¹³ *Ibíd.*6.

por ejemplo, cuando las personas a sabiendas deciden conducir a muy alta velocidad donde no corresponde con el pretexto de hacer ese recorrido en menor tiempo que el normal, y teniendo como recompensa el llegar antes, aunque en ese camino exista el riesgo de matar un peatón por no poder detener su auto a tiempo.

Se advierte que cuando se introduce un dispositivo de seguridad que lleva a la percepción de disminución de riesgo, la recompensa de toma de riesgo se transforma en más atractiva y a su vez engendra un incremento compensatorio en la toma de riesgos (*compensación de riesgos*), el cual puede llevar los índices de accidentes a su niveles originales, que es lo que se denomina “*homeostasis de riesgo*”, o puede producir una redistribución del peligro con un nuevo riesgo que se transfiere a otros peligros, lo conocido como “*desplazamiento de riesgos*”¹⁴. El estudio menciona un artículo del *Los Ángeles Times* que reporta estas comprobaciones alegando que el 7% de los hombres encuestados en eventos del “orgullo gay” en cuatro ciudades de EE. UU. habían tomado una droga para el VIH antes de involucrarse en comportamientos de riesgo, y que el “Tenofovir” estaba siendo vendido de forma no transparente junto a éxtasis y metanfetaminas en algunos clubes gays y fiestas bailables, como supuestos medios para la reducción de riesgo de infección por VIH.

La Organización para la Cooperación de la Economía y el Desarrollo de París a la que se alude en el estudio precedente, presenta en 1990 un reporte con la visión de un panel internacional de expertos en seguridad que destaca lo siguiente:

- Existe la adaptación comportamental y ella hace reducir la efectividad de los programas de seguridad vial en un número de casos.
- El potencial efecto de la adaptación comportamental debería ser considerado en el desarrollo y evaluación de todo programa de seguridad vial.

¹⁴ *Ibíd.*12.

De modo similar, se ha encontrado una asociación entre el uso de cremas solares y el incremento del riesgo de la aparición de melanoma, relacionados con incrementos compensatorios en la exposición al sol.

Otras estrategias de reducción del daño que se explican sobre la base de la compensación de riesgo son las de los “*safer cigarettes*”. La creencia de que promover cigarrillos “más seguros” con menor contenido de nicotina, filtros más poderosos que hasta llegaron a incorporar carbono activado, disminuirían el daño que el tabaco provoca en el organismo de los fumadores, paradójicamente logró en lugar de reducir el daño, que las personas fumaran más, contrarrestando así los potenciales beneficios que pretendían lograr al disminuir las cantidades totales de nicotina en el organismo.

Creemos que estas son lecciones que mucho pueden ayudarnos a acertar en las decisiones de educación sanitaria. No obstante, juzgamos necesario hacer la salvedad respecto de las diferentes objeciones morales que cualifican los comportamientos humanos implicados.

Los condones ¿cinturones de seguridad para el sexo?”¹⁵

El alto incremento del uso de los cinturones de seguridad ha sido comparado con una tendencia similar al uso de los condones desde la aparición del VIH¹⁶.

Los beneficios del uso del condón en individuos expuestos al VIH o a ETS, pueden ser comparados con los beneficios de un cinturón de seguridad durante una colisión a alta velocidad. Esta

¹⁵ En alusión al subtítulo propuesto por los autores del estudio The Lancet , cita 6.

¹⁶ *Ibíd.*6.

evidencia, sin embargo, no puede asociarse a una aplicación causa-efecto directa, sin a la par considerar otros factores vinculados que han contribuido a frenar considerablemente la epidemia. Un ejemplo de ello ha sido el de Tailandia, donde si bien la política del 100 % del empleo de condones promovida se ha asociado al decrecimiento de los casos de VIH, no puede dejar de observarse la contribución que la disminución de la prostitución ha tenido en el decrecimiento de la prevalencia del VIH/SIDA. Una similar declinación de la prevalencia de la enfermedad fue observada en Uganda, uno de los países con baja aceptación de los condones a partir de la adopción de comportamientos de evitación del riesgo, como son el retraso del inicio de relaciones sexuales o la mutua monogamia y la reducción de parejas sexuales.

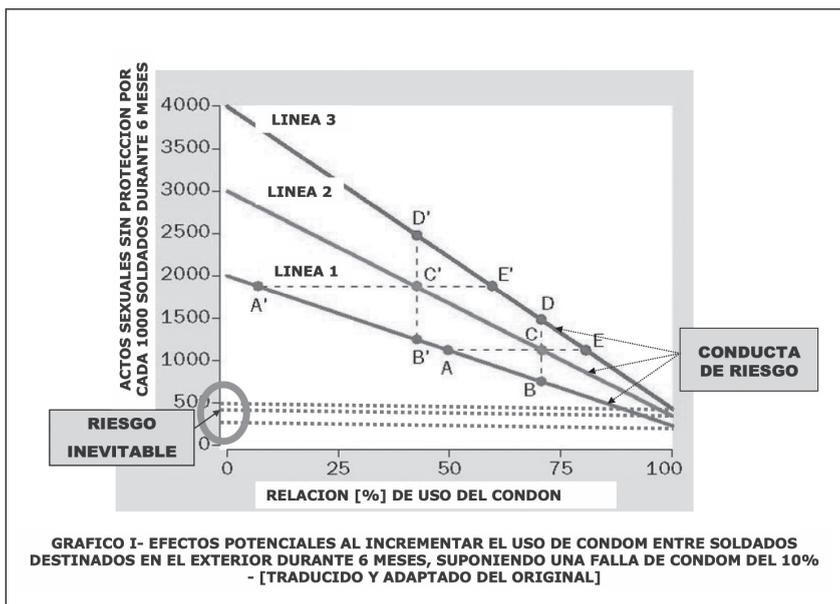
Dado que la prevalencia es un parámetro de estimación del riesgo que una población tiene de enfermar, para los ejemplos citados, las tasas de prevalencia visiblemente bajaron porque lo que se tuvo en cuenta fue combatir la causa raíz que llevaba a las personas a enfermar: la prostitución en el caso de Tailandia y la poligamia en Uganda.

El referido estudio de *The Lancet* de 2000, presenta información derivada de un trabajo de Hopperus-Buma y colaboradores sobre el “*Potencial del incremento del uso del condón entre soldados apostados en el exterior durante seis meses suponiendo un 10 % de fallas en los condones*”.

Los autores estudiaron la relación existente entre el porcentaje del uso de los condones y la cantidad de actos sexuales desprotegidos por cada 1000 soldados durante seis meses de permanencia fuera de su lugar de residencia. Establecieron para ello ecuaciones lineales que vincularon estas variables para distintos grados dados por el número de relaciones sexuales mantenidas en ese período, y que partiendo de una línea base (Línea 1) de 2 relaciones sexuales por soldado, establecen otras dos líneas más (Línea 2 y Línea 3) para 3 y 4 relaciones respectivamente. De la

observación del gráfico I puede deducirse que para un mismo % de uso del condón, la cantidad de actos sexuales desprotegidos se incrementa si en lugar de estar en la línea 1 se pasa a la 2 o a la línea 3, es decir, si se aumenta la *conducta de riesgo*. El trabajo llega a la conclusión de que para una misma protección (representada para los autores por el % del uso del condón) a mayor *conducta de riesgo* existe una mayor *exposición al riesgo* del sexo desprotegido. Asimismo, aún encontrándose en la zona de máximo uso del condón (100% en todos los casos) existirá indefectiblemente un valor de riesgo inevitable asociado con la probabilidad de falla en el condón (10%) y la cantidad de relaciones sexuales acumuladas. Cfr. gráfico I.

De los resultados del trabajo podemos colegir que: mientras las personas asuman conductas de riesgo estarán siempre expuestas a riesgos de infección que no podrán anular con una innovación técnica. Únicamente puede llamarse seguro aquello que no asume riesgos.



Medidas de “evitación del riesgo” y criterios del consenso Lancet

En diciembre de 2004 se publicó un consenso internacional en la revista científica The Lancet sobre la “estrategia ABC” de prevención del SIDA.

Este consenso, si bien marcó un punto de inflexión en la prevención del VIH/SIDA, nos interpela la visión de la prevención depositada en la tríada ABC (abstinencia, fidelidad y uso del condón).

A pesar de que el documento publicado por The Lancet consideraba que debía establecerse un orden de prioridad en los mensajes, en su aplicación no ha dado los resultados esperados. La dificultad está en que el propio consenso Lancet nos lleva a caer en el terreno de la “*compensación del riesgo*”, debido a que le da cabida a una tercera opción “C”(condón) admitiéndola como una posibilidad igual entre tres que a la hora del análisis son conceptualmente distintas: las dos primeras “A” y “B” (abstinencia y fidelidad) “evitan el riesgo”, mientras que la tercera “C” (condón) constituye una “reducción relativa del riesgo”. Al no considerarse el factor principalísimo de riesgo, la conducta humana, entran a jugar los factores de riesgo que terminan produciendo el efecto “boomerang” descripto.

Resulta de una profunda contradicción preferirles a los jóvenes que vivan una doble actitud de vida: la abstinencia del sexo y a la vez “asegurarles” cómo protegerse cuando tienen sexo. La reducción del daño acaba siendo contraproducente porque al no comprenderse correctamente la medida de esa reducción del riesgo, no se valora la medida del riesgo que permanece tras la reducción, cuando éste suele ser muy elevado y estimula un aumento de decisiones arriesgadas que someten a la persona a mayores peligros de salud.

No ajenos a estos hechos pueden comprobarse los aumentos de otras enfermedades de transmisión sexual, un mayor número de embarazos adolescentes imprevistos o un incremento en el número de abortos en adolescentes.

Algunos datos podrán ilustrarnos. La literatura médica internacional registra aumentos en el contagio de la gonorrea, clamidias, tricomoniasis, herpes genital, chancro, sífilis. En la provincia de Buenos Aires, las notificaciones de sífilis crecieron casi un 70 % desde 2002¹⁷.

Que la promoción del uso del condón no es una efectiva estrategia de protección también ha sido demostrado en las elevadas tasas de infección por VPH (*Virus del papiloma humano*) que se registran cada vez a edades más precoces. Un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine* en 2006 titulado “*Uso del preservativo y riesgo en mujeres de adquirir el virus genital del papiloma humano (VPH)*” dio como resultado que el 25 % de las 82 jóvenes que participaron de la investigación utilizaron condones todas las veces que tuvieron relaciones en el lapso de un año y el 37,8 % de ellas se infectó¹⁸.

Se ha encontrado una relación entre los factores principales de riesgo que contribuyen al desarrollo del cáncer cervical y los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la infección por VPH.

Un estudio encabezado por el Dr. Silvio Tatti, describe que en los países en desarrollo la incidencia del cáncer cervical está en aumento, siendo la segunda y hasta la primera causa de cáncer en las mujeres según la región. Los países de América Latina se encuentran en un área geográfica con tasas de incidencia de las más altas en el mundo, junto con países del África Subsahariana y

¹⁷ Cfr. Consorcio de Médicos Católicos, *Comunicado sobre la epidemia de HIV/SIDA*, Buenos Aires, 21 de marzo de 2009.

¹⁸ Cf. O’Leary Dale, en www.aciprensa.com, 13 de septiembre de 2006.

del sureste asiático. En el año 2000 se estimaron al menos 76.000 casos incidentes de cáncer cervical y 30.000 muertes en la región en general, lo que representa el 16 % y el 13 % respectivamente del total del mundo. En el Caribe se encuentran las incidencias más altas de todo el mundo (Haití 93,9 x 100.000) y más bajas (Puerto Rico 10,3 x 100.000) de toda Latinoamérica. Muy altos índices son encontrados en Nicaragua (61,1 % x 100.000) y Bolivia (58,1 % x 100.000)¹⁹

La relación de mortalidad e incidencia es aproximadamente de 40%, aunque Haití, Uruguay, Argentina y Costa Rica tienen una relación de Mortalidad /Incidencia de 45 % o más. El Dr. Tatti y colaboradores realizaron parte de su estudio sobre una población rural de la provincia de Jujuy (Abra Pampa) detectando una incidencia de cáncer cervical cercana a 300 por cada 100.000 mujeres²⁰.

La revisión de artículos citados en el estudio precedente revela que aproximadamente el 70 % de la población adolescente se infectará por VPH al iniciar sus relaciones sexuales.

Aún valorando los beneficios que tendrá la vacunación contra el VPH propuesta a mujeres jóvenes (cerca de los 12 años de edad), si se los considera como única forma de controlar los riesgos sin estar acompañados de cambios en los métodos de prevención de las ETS, éstos serán insuficientes para el bien total de la persona, que olvidará otras conductas riesgosas (*compensación del riesgo*) o asumirá nuevos riesgos de enfermar (*desplazamiento de riesgos*)²¹.

¹⁹ Cfr. Tatti, S, Fleider, L, Tinnirello, M, Suzuki, V, Vighi, S, Provenzano, S, “*Hacia la prevención primaria del cáncer cervical: eficacia de los métodos de prevención secundaria y prevalencia de tipos virales en el cáncer cervical. Análisis de la cohorte 1940-2005*” Premio de la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, 2008.

²⁰ *Ibíd.* 20.

²¹ Cfr. Di Pietro, M^a L., Serebrovska, Z., Moltisanti, D., “*Human papilloma virus vaccines: ethical issues*”, Medicina y Ética 2008/2.

Nuevos estudios han confirmado que el acceso incrementado a los anticonceptivos y en particular a la anticoncepción de emergencia no ha ayudado a disminuir los embarazos indeseados ni tampoco los abortos²².

En el año 2005 la prestigiosa revista médica JAMA publicaba un trabajo en el que se contemplaba el comportamiento de 2117 mujeres entre 15 y 24 años de edad frente al acceso a la anticoncepción de emergencia y sus efectos sobre las ETS y los embarazos no deseados. Al total de las mujeres se las dividió en tres grupos: uno que podía adquirir la píldora en la farmacia sin receta médica; otro al que se le proporcionaban las pastillas en 3 packs de levonorgestrel por adelantado y un tercero en el que se les facilitaban tras la visita a un hospital o una clínica²³. Luego de transcurridos seis meses vieron los resultados obtenidos: las mujeres que tenían las pastillas por adelantado, las utilizaban en un 37,4% de las veces; las que tenían libre acceso a las farmacias, en un 24,2%, y las que debían acudir a un hospital, en un 21%. El estudio también concluye que en los tres grupos los índices de embarazos y enfermedades de transmisión sexual fueron similares²⁴.

Consideraciones finales

Si las campañas de promoción de condones se hacen sin dar una información integral (explicando su eficacia y la importancia de los comportamientos de “evitación del riesgo”), pueden acabar transmitiendo una falsa idea de seguridad absoluta. Esta falsa idea

²² Raymond, E. G, Trussell, J, Polis C, “*Population Effect of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills: A Systematic Review*” *Obstetrics & Gynecology* Vol.109: 181-188, 2007.

²³ Raine, T, Harper,C, Rocca, C, Fischer, R, Padian, N, Klausner, J, Darney,P, “*Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs*” *JAMA*. 2005; 293:54-62

²⁴ *Ibíd.* 24.

de seguridad puede incitar a que los jóvenes inicien antes sus relaciones sexuales; por lo que pasarían de tener riesgo nulo a tener el riesgo de infección propio de los usuarios de condones. Y quienes optasen por tener relaciones más arriesgadas (por ejemplo, con un mayor número de parejas) pasarían a tener un mayor riesgo de infección a pesar de utilizar condones, porque esta sexualidad arriesgada aumenta la probabilidad de contagio por encima del grado de protección del condón, que en ningún caso alcanza el 100 %. Muchas personas han pasado, por lo tanto, de tener un riesgo nulo o bajo a tener un riesgo mayor porque el comportamiento de riesgo final supera la probabilidad protectora del condón²⁵.

Las conductas de riesgo y los estilos de vida no se corrigen con condones; no se rectifican con técnicas, sino con formación moral y cambios éticos de conducta²⁶.

No podemos encubrir la verdad y colaborar en el engaño de que las conductas de riesgo sólo pueden ser “reducidas” y no “evitadas”. Esto sería como aceptar que existe el mal menor; y en la extensión del SIDA no puede seguir ocultándose dónde está la raíz del mal para eliminarla.

²⁵ Cfr. Irala, Jokin de, Entrevista en http://www.unav.es/preventiva/sexualidad_fertilidad

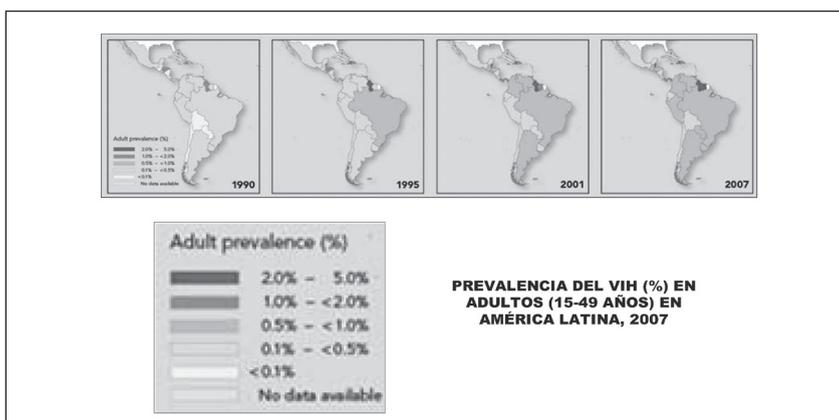
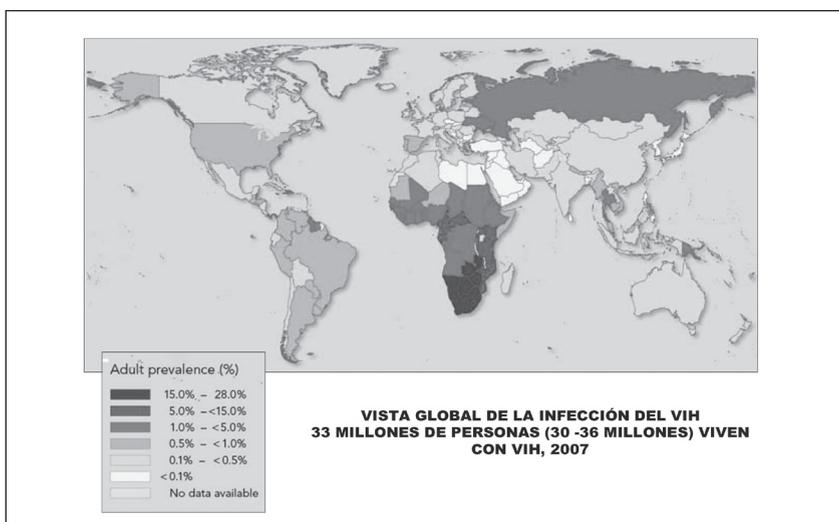
²⁶ Marsich U.P., “*A problema moral, solução moral*”, Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana, <http://www.imdosoc.org>

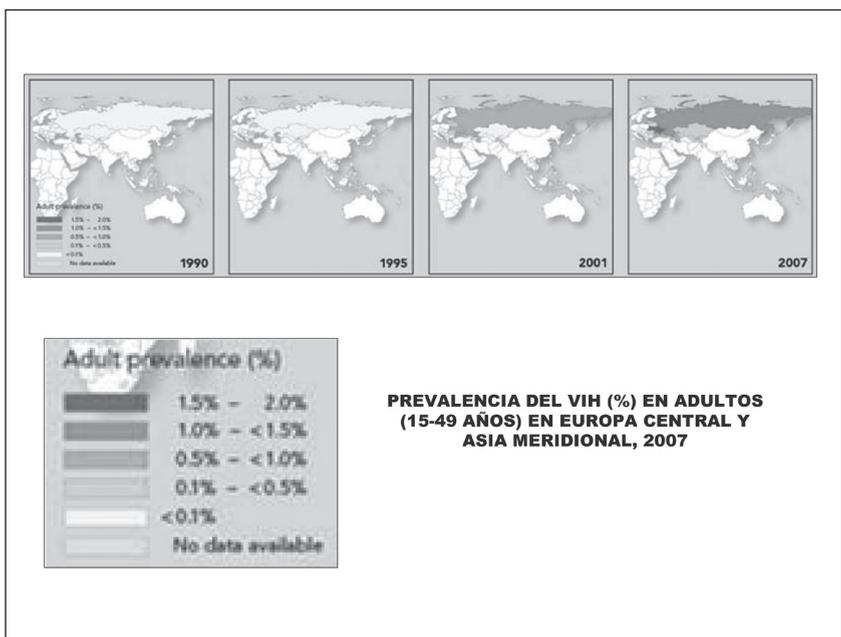
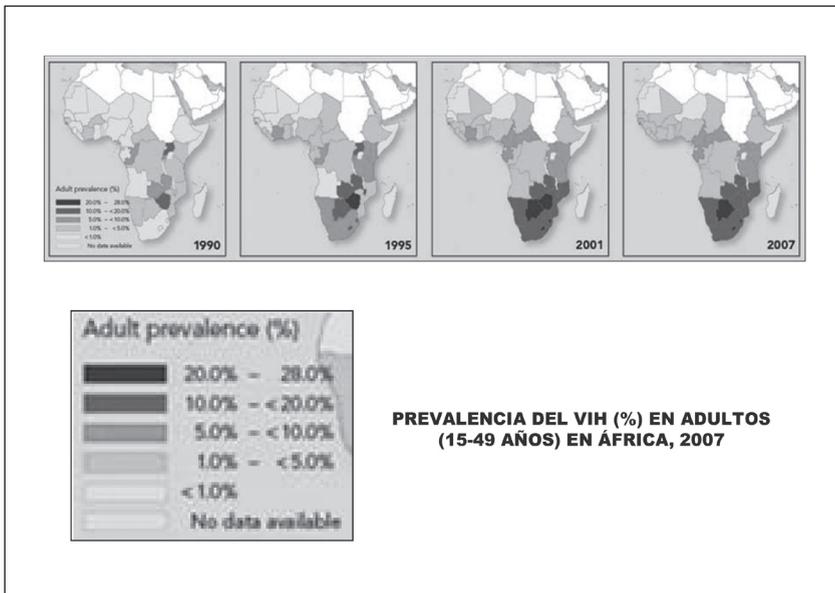
APÉNDICE

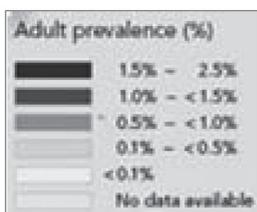
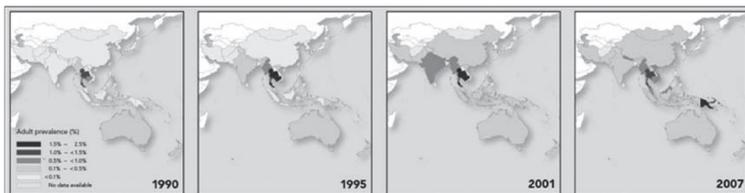
TASAS DE PREVALENCIA DEL VIH/SIDA

INFORME ONUSIDA – Agosto de 2008

La gradual intensidad de grises (tasas de prevalencia por niveles) de los mapas comparativos entre 1990 y 2007 revalida el aumento del número de contagios por VIH/SIDA en el mundo.







**PREVALENCIA DEL VIH (%) EN ADULTOS
(15-49 AÑOS) EN ASIA Y OCEANÍA, 2007**

