



vax

en español

BOLETÍN SOBRE VACUNAS CONTRA EL SIDA • WWW.IAVIREPORT.ORG

Lo más destacado

Después del tsunami: prevención del VIH y alivio del desastre

En las semanas posteriores al desastre provocado por el tsunami del pasado mes de diciembre, muchos niños empezaron a acudir a las clínicas médicas de Aceh, Indonesia, con fiebre y cubiertos por el característico eritema del sarampión. Las atestadas tiendas de campaña en las que vivían los niños colaboraron en la diseminación de esta enfermedad que se cobra un tributo sorprendentemente mortal entre las poblaciones desplazadas de sus hogares. Nuestro equipo de profesionales sanitarios se aventuró a salir diariamente con las autoridades sanitarias nacionales a pinchar brazos con vacunas y poner cápsulas de vitamina A, capaces de reducir las complicaciones del sarampión, en las diminutas bocas.

A medida que íbamos de un campamento a otro, la enfermera de salud reproductiva de nuestro equipo encontró tiempo, incluso en pleno brote, para identificar a las comadronas, conocer la situación de las mujeres y distribuir paquetes de suministros y materiales limpios para el parto. Había sido contratada para realizar ese trabajo. La ayuda de urgencia en un momento dado consistió en proporcionar comida, cobijo, agua potable y servicios médicos básicos, pero ahora el apoyo a una buena salud reproductiva se ha unido indudablemente a estas prioridades, en parte debido al VIH/SIDA. Expertos en auxilio a las víctimas del desastre reconocen ahora que la devastación, como la pro-

vocada por el tsunami, puede aumentar los factores de riesgo frente al SIDA, haciendo de los esfuerzos de prevención del VIH una parte importante de la respuesta de urgencia.

“Muchas de las situaciones que facilitan la diseminación del VIH se ven empeoradas en circunstancias posteriores a un desastre”, afirma Yannick Guegan, que trabaja con el departamento de asuntos humanitarios de ONUSIDA, el programa conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA. Guegan señala los desplazamientos en masa de personas y comunidades, la inestabilidad social, el empeoramiento de la pobreza debido a la pérdida de ingresos y el influjo de nuevas poblaciones (incluidos los trabajadores por la reconstrucción y el auxilio de víctimas, soldados y transportistas) como factores asociados en el pasado con la transmisión del VIH/SIDA.

“La experiencia en otras situaciones de emergencia, como en Suráfrica hace unos años o en Timor del Este, ha demostrado un aumento de la vulnerabilidad en situaciones de emergencia, y eso puede cambiar la incidencia de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.” Los supervivientes tienen muchas necesidades contradictorias después de un desastre, por lo que sólo son factibles métodos sencillos de promoción de la prevención del VIH. A mediados de los 90, agencias de cooperación desarrollaron un Paquete de Servicios Mínimos Iniciales (MISP, en sus siglas en inglés), un conjunto de acciones encaminadas a contrarrestar el VIH y la violencia sexual, y atender otras necesidades de salud reproductiva en medio de la presión de otras urgencias. A lo

largo de los últimos años, el MISP ha recibido la aprobación de muchas de las agencias clave en respuesta ante desastres y emergencias, desde la agencia de refugiados de Naciones Unidas (UNHCR) hasta la organización de estándares en caso de desastre, SPHERE. Estas dos patrocinadoras de alto nivel están animando a los trabajadores de auxilio a las víctimas de un desastre a integrar iniciativas sencillas de prevención del VIH/SIDA en las actividades de ayuda de urgencia en un desastre.

MISP aborda la prevención del VIH de dos formas clave: ofreciendo condones gratuitos y asegurando que el equipo médico y la sangre para transfusiones está libre de agentes infecciosos. “Nada que fuera más complejo que eso resultaría verdaderamente adecuado en las primeras semanas”, asegura Sandy Krause, que dirige el proyecto de salud reproductiva de la Comisión de Mujeres para Mujeres y Niños Refugiados. Krause y un colega partieron hacia Asia inmediatamente después del tsunami, visitando a quienes acudieron a proporcionar ayuda de urgencia en Aceh para hablar sobre MISP y evaluar su implementación. La respuesta al tsunami también ofrece a las comunidades la oportunidad de desarrollar actividades más completas de prevención y educación del VIH como parte de una respuesta ante la emergencia que resulte

EN ESTE NÚMERO

Lo más destacado

- Después del tsunami: prevención del VIH y alivio del desastre

Noticias internacionales

- Iniciativa similar a los “Cuerpos de Paz” propuesta por médicos de EE UU
- La India niega tener el número más elevado de infecciones por VIH
- Brasil rechaza financiación de EE UU

Cuestiones básicas

- Entender el *counselling* y la prueba voluntarios en la investigación

UNA PUBLICACIÓN DEL IAVI REPORT

[El boletín de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA]

sostenible a largo plazo. “El enfoque de Naciones Unidas en el período posterior al tsunami intenta desarrollar un plan de ‘recuperación añadida’, con la intención de hacer que las cosas fueran mejor que antes”, dice Guegan. “Lo consideramos una oportunidad para acelerar la respuesta frente al VIH.”

Comprender el riesgo tras el tsunami

El tsunami azotó a países con baja prevalencia de VIH como Sri Lanka e Indonesia, donde ONUSIDA considera que menos de uno de cada mil adultos con edades comprendidas entre 15 y 49 años está infectado. El desastre también golpeó a países como la India y Tailandia, donde la prevalencia en adultos es mayor (0,4-1,3% en la India y aproximadamente 1,8% en Tailandia), y Somalia, donde se desconoce la prevalencia del VIH. El estado de la India más golpeado por el tsunami, Tamil Nadu, tiene las tasas de VIH/SIDA más altas de todo el país: los datos de 2003 mostraban que un 83,8% de los usuarios de drogas y un 8,8% de las trabajadoras del sexo estaban infectados en este estado.

Se teme que estas tasas podrían aumentar si las privaciones y tensiones posteriores al tsunami empujan a los supervivientes a consumir drogas u otras actividades de alto riesgo, como el trabajo sexual. Un número incalculable de familias ha perdido barcos, negocios y otras fuentes de ingresos y Guegan teme que la pobreza resultante también podría empujar a las mujeres hacia el trabajo sexual. Las trabajadoras sexuales no carecen de posibles clientes. Miles de extranjeros han aterrizado en las áreas devastadas por el tsunami para tender una mano en los esfuerzos de reconstrucción, entre los que se cuentan soldados de todo el mundo. En algunos países, las tasas de VIH entre el personal militar son 2-5 veces superiores a las de sus respectivas poblaciones civiles. La presencia de soldados podría contribuir a la diseminación del VIH/SIDA y la historia ha puesto de manifiesto ese riesgo. Durante los seis años que duró la guerra civil de Uganda, algunos investigadores encontraron un vínculo entre el patrón geográfico del SIDA y el emplazamiento del Ejército Nacional de Liberación de Uganda.

Los riesgos del VIH relacionados con el tsunami se extienden más allá del uso de drogas y el trabajo sexual. Los campos y barracas que acogen a personas desplazadas, hogar de cientos de miles de supervivientes del tsunami, añaden

sus propias amenazas. En febrero y principios de marzo de 2005, Krause y su equipo de la Comisión de Mujeres llevaron a cabo entrevistas y grupos focales en la azotada provincia de Aceh, en Indonesia. Las mujeres de Aceh declararon sentirse incómodas viviendo en campos con extranjeros. El equipo de Krause oyó rumores sobre violaciones y cuando los colaboradores de Krause buscaron a una superviviente de violación dijeron que la familia había abandonado la zona. “La comunidad decía que ella lo estaba buscando, que quería sexo”, afirma Krause. “Fue aislada socialmente y entonces la familia se mudó.”

Krause observó que un estigma similar se extendía también al VIH/SIDA. “No creo haber estado en ningún sitio donde la gente supiera menos sobre el VIH. Y el estigma era tan grande que incluso quienes tenían información (respecto al VIH) no deseaban que se supiera que la tenían”. Krause considera que los supervivientes del tsunami carecen de percepción sobre el VIH/SIDA y su renuencia incluso a hablar del tema resalta una necesidad urgente de actividades de prevención del SIDA. Su equipo observó que dos meses después del tsunami no había disponibilidad de preservativos, y los chicos decían que tenían que simular estar casados para obtenerlos. “Esta falta de disponibilidad resulta poco ética”, afirma Krause. Pero le resultó difícil convencer a los cooperantes para que dieran pasos sencillos como éste, sin que tuvieran que establecer un amplio programa de salud reproductiva. “Eso es lo que no podemos conseguir que la gente entienda, pues intentan poner en marcha servicios más globales”, declara. “No creen que se pueda hacer algo sin que sea algo grande”.

Llevar las ideas a la realidad

Como parte de una campaña de financiación para la ayuda a las víctimas del tsunami realizada por Naciones Unidas, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) pidió 6 millones de dólares en enero de 2005 para reducir la transmisión del VIH, poner en práctica MISP y prevenir la violencia sexual. Esta cantidad suponía una pequeña porción de la ayuda disponible, sólo un 0,6% de los casi 1.000 millones de dólares necesarios. Henia Dakkak ha estado trabajando para UNFPA en Aceh y asegura que su grupo ha traído un buen suministro de condones masculinos y femeninos, equipo para partos y otros materiales de salud reproductiva a las naciones afectadas por el tsunami.

UNFPA ofrece estos suministros en forma de paquetes adecuados a las necesidades de pequeñas clínicas y hospitales.

Dakkak afirma que las ciudades como Banda Aceh tienen una especial necesidad de estos suministros porque el tsunami devastó la anterior red de planificación familiar existente en la zona. “Perdieron sus oficinas, sus almacenes y todos sus suministros”, declara Dakkak. UNFPA ha distribuido condones incluso a militares, incluidos aquellos que vinieron a prestar ayuda médica. “Estaban pensando que estamos ante un trauma, ante una emergencia, por lo que vamos a traer las cosas de urgencia que se necesitan”, dice Dakkak. “Así que, cuando nos encontramos ante lo básico, como la provisión de condones, no estaban disponibles.”

“Estaban pensado que estamos ante un trauma, ante una emergencia, así que vamos a traer las cosas de urgencia que se necesitan. Así que cuando llegamos a lo básico, como la provisión de condones, no estaban disponibles.”

Henia Dakkak

Una perspectiva a largo plazo

Durante años será necesario ofrecer ayuda a los supervivientes del tsunami y Guegan considera que los programas de prevención y control del VIH serán incluso más importantes con el paso del tiempo. “Hay muchos más riesgos en el periodo posterior al tsunami (a largo plazo) que en la propia crisis”, asegura, haciendo referencia a la violencia sexual y el tráfico en los campos, y la presencia en un futuro de transportadores y trabajadores en las áreas afectadas por el desastre.

Concluida la fase de emergencia del desastre producido por el tsunami, UNFPA está utilizando ahora todas las formas mediáticas para diseminar información sobre la prevención de la infección por VIH. “Las personas nece-

sitan protegerse, necesitan entender los riesgos”, afirma Dakkak. UNFPA ha recurrido incluso a los líderes religiosos de Aceh para informar a la población sobre los métodos de prevención, desde la abstinencia a los condones, poniendo de relieve que el uso del preservativo no es contrario al Islam. “Estamos utilizando las mezquitas y los imanes para hablar de esto”, dice. “Están abiertos a participar en procurar que la comunidad se proteja.”

El influjo de financiación y cooperantes también ofrece una oportunidad de afrontar los riesgos mediante el fortalecimiento de los programas nacionales de SIDA en las áreas afectadas por el tsunami.

ONUSIDA ya ha apelado al gobierno indio para que amplíe su programa de tratamiento antirretroviral a los distritos de la zona afectada por el tsunami que no estuvieran cubiertos antes. Oficiales de ONUSIDA también han visitado a agencias donantes y de cooperación para promocionar la idea de que los programas de VIH/SIDA sean incluidos en las actividades de asistencia habituales.

Esto ayudará a evitar la estigmatización de aquellos que tienen acceso a los servicios. Los cooperantes también están intentando mejorar la respuesta de ayuda teniendo cuidado de incluir la seguridad de las mujeres al diseñar los campos de refugiados, así como las necesidades específicas de las personas con VIH/SIDA al diseñar los programas de dispensación de alimentos. Si los esfuerzos tienen éxito, la respuesta ante el tsunami puede mejorar los programas de VIH/SIDA en futuros desastres, conflictos y otras emergencias. La investigación sobre prevención del VIH ya ha demostrado que mientras desastres como el del tsunami pueden haber aumentado los factores de riesgo del VIH, no tiene por qué aumentar la transmisión.

Al dejar Aceh hace dos meses tras el golpe del tsunami, después de una profusa generosidad de los donantes de todo el mundo, resultó frustrante contemplar a familias viviendo aún en tiendas de campaña con escasos recursos de agua potable. Algunos residentes fueron forzados contra su deseo a vivir en incómodas barracas de madera, por lo que está claro que la tarea de volver a construir verdaderos hogares y restaurar el sustento sigue siendo urgente, pero los gobiernos nacionales y las agencias de cooperación tienen recursos para realizar todo esto y más.

Noticias Internacionales

Iniciativa similar a los “Cuerpos de paz” propuesta por médicos de EE UU

Recientemente, un informe elaborado por el Instituto de Medicina, con sede en EE UU, proponía un programa para enviar médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios de EE UU a los países más afectados por la pandemia del VIH/SIDA. En la propuesta se recomienda que un grupo de 150 profesionales sanitarios especialistas en SIDA sean enviados para ofrecer dos años de servicio médico en países de África, sureste asiático y el Caribe para aliviar la carencia de médicos que sufren muchos de estos países. Este programa se denominará Servicio Sanitario Global de EE UU y está diseñado a semejanza de los “Cuerpos de paz”. Según el informe, la escasez de médicos va desde uno por cada 3.448 habitantes en Botswana hasta sólo un médico por cada 50.000 ruandeses, frente a la tasa en EE UU, donde hay un médico por cada 350 ciudadanos. El Plan de Servicio Sanitario Global de EE UU será dirigido en colaboración con el Plan de Emergencia del Presidente para Paliar el SIDA (PEPFAR, en sus siglas en inglés) y costará unos 100 millones de dólares al año. El programa ofrece muchos incentivos a los médicos por su participación, incluido el coste de la matrícula en la Facultad de Medicina y los 15 países que ya reciben financiación de PEPFAR serían los primeros en beneficiarse.

El informe fue solicitado por la Oficina del Coordinador Global del SIDA del Departamento de Estado de EE UU basándose en una provisión de PEPFAR que requiere un programa que sitúe profesionales sanitarios en áreas muy afectadas por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

La India niega tener el número más alto de infecciones por VIH

Richard Feachem, director ejecutivo del Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, ha advertido de que la India tiene en este momento el número más elevado de personas infectadas por VIH, superando a Suráfrica. El gobierno indio reconoce oficialmente la existencia de 5,1 millones de ciudadanos infectados, en comparación con los cálculos más recientes de Naciones Unidas que sitúa en 5,3

millones el número de personas infectadas en Suráfrica. Pero Feachem aduce que las estadísticas del gobierno indio constituyen una infravaloración debido a la limitación en la realización de la prueba y a que el número real se sitúa en el extremo más elevado del rango 2,5-8,5 millones.



EDITOR

Dr. Simon Noble

REDACTOR CIENTÍFICO SENIOR

Dr. Phil Cohen

REDACTORA CIENTÍFICA

Kristen Jill Kresge

DIRECTOR DE PRODUCCIÓN

Michael Hariton

EDITOR DE LA PÁGINA WEB

Dr. Roberto Fernandez-Larsson

Todos los artículos han sido escritos por Kristen Jill Kresge. VAX es un proyecto dirigido por Kristen Jill Kresge. El artículo que aparece en *Lo más desatacado* es una adaptación del artículo de Sheri Fink (*IAVI Report*, 9/2, 2005).

TRADUCCIÓN Y MAQUETACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL Grupo de Trabajo sobre Tratamientos de VIH (gTt). Barcelona, España. www.gtt-vih.org



VAX es un boletín mensual del *IAVI Report*, una publicación de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (IAVI) sobre la investigación en vacunas contra el SIDA. En la actualidad está disponible en inglés, francés, alemán, español y portugués. Se puede solicitar cualquier versión en vax@iavi.org. La versión española de VAX se puede recibir suscribiéndose por correo electrónico en www.gtt-vih.org/BOLETIN.

La Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA es una organización mundial que trabaja para acelerar el desarrollo y distribución de vacunas preventivas contra el SIDA –la mayor esperanza para poner fin a la epidemia del SIDA en el mundo–. La labor de IAVI se concentra en cuatro aspectos: movilizar apoyos a través de educación y promoción, acelerar los avances científicos, favorecer la participación de la industria en el desarrollo de vacunas contra el VIH y asegurar el acceso global a las vacunas.

Feachem también acusó al gobierno indio de no hacer lo suficiente para combatir su epidemia; señaló que muchos de los antirretrovirales genéricos del mundo se producen en la India pero no están a disposición de los ciudadanos indios a precios asequibles. La Organización Nacional para el Control del SIDA (NACO, en sus siglas en inglés) del gobierno se apresuró a desmentir las acusaciones de Feachem aduciendo que se atienen a sus cálculos y que se están desarrollando programas para afrontar el VIH/SIDA en el país.

Brasil rechaza financiación de EEUU

Una comisión nacional de científicos, funcionarios públicos y activistas de Brasil rehusó financiación de la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE

UU (USAID, en sus siglas en inglés) por importe de 40 millones de dólares por que aceptarla exigiría que el país firmara un compromiso de denuncia de la prostitución, actividad que no es ilegal en Brasil. La respuesta al SIDA en Brasil se basa en la aceptación de grupos marginalizados como trabajadores/as del sexo, usuarios/as de drogas inyectables y otros grupos en situación de riesgo, y el trabajo directo con las personas en mayor riesgo hace posible una prevención del VIH más eficaz. Las condiciones incluidas en este contrato de financiación fueron consideradas en contradicción con el éxito de estos programas. El enfoque nacional ante la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA suele considerarse como un modelo y los grupos de trabajadores/as del sexo constituyen una potente fuerza de activismo.

Brasil es el primer país que rechaza dinero estadounidense debido a las restricciones impuestas por la administración Bush. Uganda, receptora de financiación de EE UU a través del Plan de Emergencia del Presidente para la Paliar el SIDA ha sido criticada recientemente por la organización Human Rights Watch por cambiar sus programas de prevención del VIH/SIDA para poner mayor énfasis en la abstinencia en respuesta a las presiones del gobierno de EE UU.

“Muchas ONG de Brasil apoyan la posición del Ministerio de Sanidad de rechazar el dinero de USAID. Creo que lo más importante es tener un claro entendimiento sobre los intereses institucionales, independientemente de quién sea el patrocinador”, declara Octavio Valente, del Grupo Pela Vidda en Río.

Cuestiones Básicas Entender el *counselling* y la prueba voluntarios en la investigación

¿Cómo se ofrece el *counselling* y la prueba voluntarios en la investigación clínica o ensayos sobre vacunas?

Antes de que se lleve a cabo un ensayo clínico de una posible vacuna contra el SIDA o un estudio de investigación clínica en una comunidad, deben estar disponibles los componentes esenciales de un sistema de investigación y sanitario. Estos componentes incluyen infraestructura para un centro de estudio, formación de investigadores y profesionales sanitarios en los centros para que informen y hagan la prueba del VIH, y un lugar de referencia para aquellas personas que precisen tratamiento adecuado. A estos componentes se les denomina en ocasiones la triple T [del inglés *training* (formación), *test* (prueba) y *treatment* (tratamiento)]; sin los cuales no puede hacerse ningún ensayo. La elegibilidad para la inscripción en un ensayo sobre vacunas o un estudio sobre investigación clínica (véase la sección *Cuestiones básicas de marzo*, ‘Entender un estudio de investigación clínica’) residirá en si un posible voluntario está infectado por VIH, por lo que todos deben someterse a una prueba de VIH. Para los ensayos sobre vacunas del SIDA, las personas voluntarias no pueden estar infectadas por VIH, mientras que para otros tipos de investigación clínica sólo se podrá inscribir a individuos con VIH. La prueba previa a la entrada en un estudio es voluntaria y el proceso se denomi-

na *counselling* y prueba voluntarios para la investigación (RVCT en sus siglas en inglés) y sirve de criba para la inscripción de pacientes en estudios. Otros tipos de programas de VCT de base comunitaria implican procedimientos similares pero no comparten el objetivo de inscribir a personas en un ensayo. El objetivo principal de los programas de VCT comunitarios es conseguir que las personas conozcan su estado serológico, y reciben *counselling* para reducir riesgos de forma que puedan protegerse a sí mismas y a sus parejas frente al VIH o sean referidos para atención o tratamiento.

Como la VCT, la RVCT es confidencial y pretende ayudar a los voluntarios a comprender las conductas de riesgo asociadas con el VIH, las implicaciones de los resultados de la prueba y cómo pueden reducir su riesgo en el futuro. La RVCT también consiste en explicar qué supone la participación en un ensayo y obtener el consentimiento informado de los posibles candidatos para su participación en el estudio clínico o de vacunas. Durante este proceso, los investigadores comprueban que las personas interesadas en participar comprenden lo que significa entrar en un estudio antes de su inscripción y que su participación es voluntaria.

Se emplean diferentes modelos para la inscripción de personas en los programas de RVCT, en los que pueden descubrir su estado serológico y aprender cómo se llevan a cabo los estudios,

desde la sensibilización general de la comunidad o las discusiones con grupos focales hasta las interacciones individuales. Todos los enfoques implican una intensa participación comunitaria mediante comités asesores comunitarios, o grupos de personas de la comunidad que están familiarizados con el ensayo o estudio.

Counselling previo a la prueba

Antes de someterse a la prueba, todos los voluntarios tuvieron una entrevista con un/a *counsellor* formado, en la que se les ofrece la información básica sobre el VIH/SIDA y se les hacen preguntas para evaluar sus conocimientos sobre la transmisión del VIH y qué métodos de protección existen. Una parte importante de la RVCT también es la explicación del tipo de investigación que se está llevando a cabo en ese centro en concreto y la información sobre la posibilidad de participación de la persona voluntaria. Se recoge información sobre sus conductas de riesgo, incluida la conducta sexual, el uso de preservativos, el historial de infecciones de transmisión sexual y uso de drogas inyectables. En función de la información recogida, el *counsellor* ofrecerá explicaciones y recomendaciones sobre cómo evitar y reducir el riesgo de infección por VIH. Si la persona entra en el estudio, esta información también puede utilizarse para determinar cómo puede cambiar la conducta del participante a lo largo del

tiempo, lo que será analizado por los investigadores del centro.

Para aquellos voluntarios que tengan la intención de entrar en un ensayo sobre vacunas del SIDA, la sesión de *counselling* también cubre los procedimientos del estudio, entre los que se incluyen la realización regular de una prueba del VIH, el uso de métodos anti-conceptivos, la duración del ensayo y la necesidad de asistir a todas las visitas programadas en el estudio. En una sesión de RVCT, el *counsellor* explicará que algunos voluntarios del ensayo recibirán una sustancia inocua, llamada placebo, en lugar de la vacuna candidata. La mayoría de ensayos de vacunas son doble ciego, lo que significa que ni el personal médico ni el/la participante sabe quién está recibiendo la vacuna y quién el placebo. Los *counsellors* de RVCT también pondrán de manifiesto que no se sabe si la vacuna va a proteger o no, y que hasta que los ensayos de eficacia de Fase III demuestren lo contrario, la vacuna candidata debería tomarse como no protectora. Un voluntario puede decidir que no desea someterse a la prueba del VIH después de pasar por la sesión de *counselling* previo.

La prueba

El tipo de prueba del VIH utilizada puede variar de un centro a otro.

Muchos centros utilizan ahora el test rápido que sólo requiere un pinchazo en el dedo para recoger la muestra de sangre y analizar para detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH. Los resultados de estos análisis se obtienen en apenas 15 minutos. Algunos centros realizan dos análisis rápidos seguidos al mismo tiempo con el fin de asegurar los resultados. En los centros en los que no se dispone de análisis rápidos, es muy importante asegurarse de que los voluntarios regresen a recoger los resultados para que puedan tener la sesión de *counselling* posterior y puedan ser derivados a instalaciones sanitarias para atención y tratamiento contra el VIH en caso de que estuvieran infectados.

En los ensayos de vacunas contra el SIDA, pueden utilizarse análisis más sofisticados, además de los clásicos test rápidos, para confirmar la fiabilidad.

Counselling posterior a la prueba

Una vez están disponibles los resultados, el *counsellor* informará a todas las personas si están o no están infectados por el VIH y les ayudará a comprender los resultados. Si no están infectados, el *counsellor* explicará que hay un período de tiempo (llamado "período ventana") entre el momento en que la persona contrae la infección y el momento en que el cuerpo desarrolla

anticuerpos contra el VIH. Aunque generalmente aparecen al cabo de tres semanas, es posible que tarden entre tres y seis meses en hacerse visibles en el análisis, y si alguien declara haber tenido conductas de riesgo en este periodo ventana, entonces se le puede pedir que repita el análisis.

Los *counsellors* estudiarán con los voluntarios formas de reducir las conductas de riesgo en el futuro, independientemente del resultado de la prueba. Para aquellos que estén infectados, el *counselling* posterior a la prueba les da la oportunidad de hablar de sus dudas y el *counsellor* les ayudará a establecer un plan de acción, incluida la notificación a sus parejas o familiares, identificando maneras de mantener la salud, así como las posibilidades de atención y tratamiento disponibles en la comunidad.

La RVCT aporta muchos beneficios a las comunidades. Los estudios de investigación han mostrado que la incidencia del VIH suele descender en áreas donde se realizan amplias campañas en pro de la prueba y de salud pública. Las personas que conocen su estado serológico también suelen animar a otros miembros de su comunidad a hacerse la prueba, lo cual da soporte a la inscripción en ensayos sobre vacunas o de investigación clínica.