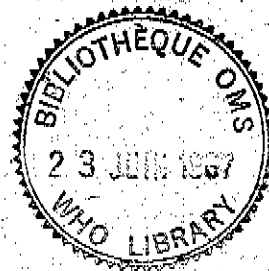


11870

---

PROGRAMA  
ESPECIAL SOBRE  
EL SIDA



---

INFORME DE LA REUNION  
CONSULTIVA SOBRE VIAJES  
INTERNACIONALES E  
INFECCION POR EL VIH

GINEBRA  
2-3 DE MARZO DE 1987



ORGANIZACION  
MUNDIAL DE  
LA SALUD

ABRIL DE 1987



INFORME DE LA  
REUNION CONSULTIVA SOBRE VIAJES INTERNACIONALES E INFECCION POR EL VIH  
Ginebra, 2-3 de marzo de 1987

INDICE

	<u>Página</u>
1. Introducción .....	2
2. Exámenes de detección del VIH para los viajeros internacionales .....	2
2.1 Introducción .....	2
2.2 Contexto epidemiológico .....	2
2.2.1 Dimensiones mundiales de la infección por VIH y del SIDA .....	2
2.2.2 Modos de transmisión .....	2
2.2.3 Infección, respuesta inmune y enfermedad .....	3
2.3 Contexto técnico .....	3
2.3.1 Pruebas de anticuerpos del VIH .....	3
2.3.2 Sensibilidad, especificidad y valor de predicción .....	3
2.4 Consideraciones fundamentales relativas a los exámenes de detección del VIH para los viajeros internacionales .....	4
2.4.1 Eficacia para la salud pública .....	4
2.4.2 Diseño de un programa de detección .....	4
2.4.3 Disposiciones con respecto a los casos positivos .....	5
2.4.4 Consideraciones jurídicas y éticas .....	6
2.4.5 Costos .....	6
2.4.6 Aceptabilidad social y política .....	6
2.5 Consecuencias perjudiciales de los exámenes de detección para los programas nacionales de lucha contra el SIDA .....	6
2.6 Otras medidas posibles .....	7
2.7 Conclusión .....	7
3. Viajes de personas infectadas por el VIH en los transportes públicos .....	7
4. Recomendaciones para los viajeros internacionales sobre prevención de la infección por el VIH .....	7
Anexo 1 Lista de participantes .....	8

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

## Viajes internacionales e infección por el VIH

### 1. INTRODUCCION

La aparición de la epidemia de SIDA en escala mundial ha planteado varios problemas relativos a la infección por el VIH y los viajes internacionales. En primer lugar, en algunos países se ha discutido la posibilidad de someter a los viajeros internacionales a exámenes de detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La justificación de la práctica de someter a los viajeros internacionales\* a exámenes de detección del VIH sería lógicamente, para los países, tratar de excluir el VIH de su territorio o de retrasar la propagación del VIH en el mismo, o ambas cosas. En segundo lugar, se ha debatido la cuestión de la utilización de los transportes públicos por personas infectadas por el VIH. Por último, se ha puesto de manifiesto la necesidad de información para los viajeros internacionales sobre la prevención de la infección por el VIH. El Programa Especial de la Organización Mundial de la Salud sobre el SIDA convocó una reunión consultiva para examinar esos tres problemas relativos a los viajes internacionales y la infección por el VIH.

El Dr. J. Cohen, Asesor de Política Sanitaria del Director General de la Organización Mundial de la Salud, dio la bienvenida a los participantes y señaló a su atención el carácter puntual y la pertinencia del tema de la reunión consultiva.

El Dr. A. Adams (Australia) presidió la reunión y el Profesor R. Feachem (Reino Unido) y el Dr. J. Osborn (Estados Unidos de América) actuaron como relatores.

### 2. EXAMENES DE DETECCION DEL VIH PARA LOS VIAJEROS INTERNACIONALES

#### 2.1 Introducción

Los participantes en la reunión señalaron que el Reglamento Sanitario Internacional, en su forma actual, limita las medidas de salud que las autoridades nacionales pueden adoptar con respecto a los viajeros internacionales. A la llegada de los viajeros no es posible imponerles medidas ni exigirles documentos sanitarios que no estén previstos en el Reglamento. Los participantes no ignoraban, sin embargo, que algunas autoridades nacionales están estudiando la posibilidad de aplicar medidas adicionales encaminadas a limitar la entrada de personas con VIH positivo.

#### 2.2 Contexto epidemiológico

##### 2.2.1 Dimensiones mundiales de la infección por VIH y del SIDA

No hay ninguna región del mundo que esté exenta de la infección por el VIH y del SIDA. En la fecha de la reunión 91 países de todas las regiones de la OMS estaban notificando casos de SIDA. En algunos de esos países es probable que el número de casos sea en realidad muy superior al número notificado y en todos los países el número de personas con infección por VIH es sin duda mucho mayor (de 25 a 100 veces mayor) que el número de casos de SIDA. Se estima actualmente que ha habido más de 100 000 casos de SIDA desde el comienzo de la epidemia y que en la actualidad de 5 a 10 millones de personas están infectadas por el VIH en el conjunto del mundo. Aunque la mayoría de esos casos e infecciones parece hallarse en determinadas zonas (en particular América del Norte, Europa occidental y partes de África) se sigue reconociendo en todas partes la presencia del VIH, y se considera probable que todos los países del mundo estén ya afectados o no tarden en estarlo por la pandemia de SIDA.

##### 2.2.2 Modos de transmisión

En los estudios epidemiológicos realizados en Europa, las Américas, África y Australia, se han documentado repetidamente tres vías principales de transmisión del VIH, a saber:

- transmisión por la vía de las relaciones sexuales (heterosexuales u homosexuales);

\* En el presente contexto, se considera "viajeros internacionales" a todas las personas que cruzan límites o fronteras internacionales.

- transmisión por la sangre o productos sanguíneos como, por ejemplo, en la transfusión sanguínea o el uso de jeringas y agujas no esterilizadas;
- transmisión de la madre al hijo, antes del parto, durante el mismo o poco después.

No hay pruebas de que el VIH se propague por contactos interpersonales estrechos de índole no sexual, a través de los alimentos, el agua, el aire o por conducto de insectos vectores. En toda política de salud pública al respecto es importante tener presentes las vías de transmisión del VIH. Reviste particular interés para el presente estudio el hecho de que el VIH no se transmita por contacto casual con una persona infectada.

### 2.2.3 Infección, respuesta inmune y enfermedad

La historia natural de la infección por VIH presenta gran interés para todo proyecto de establecer un programa de exámenes de detección. Las personas con SIDA representan solamente la última etapa de la infección por VIH y es posible que sean menos infecciosas que las personas que se encuentran en una etapa anterior de infección. Además, la mayoría de los signos clínicos y síntomas del complejo relacionado con el SIDA y del SIDA son relativamente inespecíficos. Así pues, apenas tiene sentido, como medida de salud pública, emprender exámenes de detección de los viajeros internacionales aplicando como criterios de exclusión los aspectos clínicos del SIDA.

Los anticuerpos del VIH no suelen aparecer antes de las seis semanas que siguen inmediatamente a la infección; así pues, la gran mayoría de personas desarrollan respuestas de anticuerpo fáciles de demostrar durante las seis semanas subsiguientes. Son raros los casos que siguen dando resultados de anticuerpos negativos tres meses después de haber empezado a ser portadores del virus. Así pues, hay una corta "ventana" de tiempo durante la cual las pruebas de anticuerpos no permiten identificar a una persona recientemente infectada aunque ésta sea capaz de transmitir el virus. Ninguna de las pruebas de anticuerpos existentes permitiría identificar a esa persona en el curso de ese limitado intervalo y, si bien los progresos tecnológicos en los métodos de ensayo pueden reducir la duración del fenómeno del "periodo ventana", no conseguirán eliminarlo.

## 2.3 Contexto técnico

### 2.3.1 Pruebas de anticuerpos del VIH

Una vez que fue aislado e identificado el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se elaboraron rápidamente pruebas serológicas para detectar la presencia de anticuerpos contra este virus, pruebas que pudieron aplicarse de manera general a partir de 1985. Al contrario de lo que ocurre con algunas otras infecciones víricas, el VIH provoca la aparición de anticuerpos que en la mayoría de los casos no parece que confieran inmunidad al individuo. La mayoría de las personas con pruebas positivas de anticuerpos del VIH están infectadas simultánea y activamente con el VIH y deben ser consideradas como posiblemente infecciosas.

Los anticuerpos del VIH pueden detectarse mediante varias técnicas, incluidas las pruebas de inmunosorción enzimática (ELISA), las pruebas de inmunofluorescencia (IFA) y la prueba del "Western blot" (WB). Todas estas técnicas, realizadas por técnicos con experiencia, permiten detectar con precisión los anticuerpos del virus entero o de sus subcomponentes.

Las pruebas ELISA actualmente disponibles son sumamente precisas (es decir, su sensibilidad y su especificidad en condiciones de laboratorio óptimas son por lo menos del 99%). Los bancos de sangre de la mayoría de los países industrializados utilizan las pruebas ELISA para la selección inicial de las muestras de sangre recogidas. Con el fin de reducir al mínimo los resultados falsamente positivos que pueden darse con la prueba ELISA corriente, en las muestras examinadas mediante la prueba ELISA que presentan resultados positivos suelen efectuarse pruebas adicionales (o suplementarias) mediante las técnicas IFA o WB. Esas pruebas suplementarias son más costosas y más exigentes desde el punto de vista técnico que las pruebas ELISA corrientes.

### 2.3.2 Sensibilidad, especificidad y valor de predicción

En las valoraciones serológicas nunca se llega al ideal del 100% de sensibilidad (identificación correcta de todos los verdaderos positivos) y del 100% de especificidad (identificación correcta de todos los verdaderos negativos). Conviene tener muy en cuenta las repercusiones que puede tener una identificación serológica que no llegue a ser perfecta de los individuos VIH positivos durante los exámenes de detección practicados en los viajeros internacionales.

Toda deficiencia de sensibilidad significará que algunos individuos VIH positivos dejarán de ser detectados. Este número se añadirá a los que no son detectados a causa de la cinética de la respuesta de anticuerpos a la exposición al VIH (véase la sección 2.2.3). Toda deficiencia de la especificidad significará que cierto número de individuos VIH negativos serán clasificados erróneamente como positivos.

En las poblaciones donde la prevalencia de infección es baja, el valor de predicción de una prueba positiva (es decir, el grado de confianza en cuanto a si una prueba positiva corresponde a una persona que es realmente positiva) suele ser inaceptablemente bajo. En una cohorte de 1 000 000 de viajeros, por ejemplo, de los que un 1% (10 000) son realmente VIH positivos y el 99% (990 000) son negativos, si la prueba serológica tiene una sensibilidad (precisión en la identificación de los verdaderos positivos) del 99%, serán identificados 9900 de los 10 000 positivos verdaderos, y no se detectará a los 100 restantes (falsos negativos). Si la prueba serológica tiene una especificidad (precisión en la identificación de los verdaderos negativos) del 99%, del total de 990 000 verdaderos negativos, esta prueba permitirá identificar correctamente a 980 100, pero clasificará como falsamente positivos a 9900 negativos. Así pues, del total de 19 800 "positivos" identificados mediante el examen de esta población, la mitad son verdaderos positivos y la otra mitad falsos positivos. El valor de predicción positiva de la prueba en esta situación será del 50%. Además, 100 personas realmente positivas (infectadas por el VIH) serían identificadas erróneamente como negativas. Así pues, aun una prueba de sensibilidad y especificidad muy elevadas puede conducir a una asignación errónea masiva de recursos para atender a personas falsamente positivas, al tiempo que permanecen sin identificar algunas personas realmente positivas. En la práctica, la sensibilidad y la especificidad pueden descender por debajo del 99%, sobre todo en los laboratorios donde el volumen de trabajo es considerable y donde se carece de recursos suficientes en materia de equipo, personal adiestrado, supervisión e inspección de la calidad.

#### 2.4 Consideraciones fundamentales relativas a los exámenes de detección del VIH para los viajeros internacionales

##### 2.4.1 Eficacia para la salud pública

El objetivo primordial para la salud pública del país que decidiera someter a examen de detección de la infección por el VIH a los viajeros a su llegada sería reducir la rapidez de propagación del VIH al país y en el interior de éste. A continuación se examina la posibilidad de alcanzar este objetivo.

Considérese, en primer lugar, el caso de un país en el que no hay infección por el VIH (de los que hay muy pocos, por no decir ninguno, a mediados de 1987). Aun en este supuesto, el examen masivo de los viajeros internacionales no podría impedir la introducción del VIH, ya que es de suponer que habría que permitir el retorno al país de los nacionales del mismo y, además, algunas personas VIH positivas dejarían de ser detectadas por las razones técnicas y prácticas descritas en las secciones 2.2.3, 2.3.2 y 2.4.2. Por las mismas razones, es sumamente improbable que un programa de examen masivo consiguiera demorar la introducción del VIH, salvo por un periodo de tiempo muy breve.

Considérese ahora la situación más corriente de un país en el que hay residentes VIH positivos y casos de SIDA, y que desea reducir la rapidez de la propagación del VIH en el interior del territorio nacional. La tasa en la que se producen nuevas infecciones por el VIH depende del número de personas infectadas presentes y, en particular, del número de personas infectadas cuyo comportamiento (en particular el comportamiento sexual) hace correr un riesgo a otras personas. La situación más extrema surgiría en un país relativamente pequeño, en el que hubiera un número muy pequeño de personas infectadas por el VIH, y que recibiera un gran número de visitantes internacionales procedentes de zonas con alta seroprevalencia de VIH. El examen masivo de los viajeros internacionales podría reducir el número de entrantes infectados por el VIH, pero no conseguiría eliminarlos por completo. Además, la admisión de nacionales infectados a su retorno de un viaje al extranjero, así como el fenómeno de la "ventana" aseguraría una introducción repetida de VIH en el país. En fin de cuentas, la prevención de la transmisión del VIH depende del comportamiento (en particular sexual) tanto de los visitantes como de los nacionales (dentro del país o durante sus viajes por el extranjero), por lo que sería mejor asignar los recursos a las actividades encaminadas a modificar esos comportamientos.

##### 2.4.2 Diseño de un programa de detección

En el diseño de un programa de detección intervienen varios factores fundamentales que influyen en gran medida en su eficacia, su costo y su viabilidad.

i) A quién se trataría de someter a examen de detección: Un país podría decidir someter a examen de detección a todos los viajeros a su llegada, opción que sería la más costosa y la menos eficiente. Muchas de las personas sometidas a examen de detección del VIH formarían parte de los grupos de bajo riesgo, como los niños o las personas de edad avanzada, y, por otra parte, podría ser innecesario o inaceptable someter a ese examen a ciertas categorías especiales (por ejemplo, miembros de órdenes religiosas, peregrinos, delegaciones políticas o personal de organizaciones internacionales). Un país podría decidir someter a examen a las personas de determinados grupos de edad procedentes de ciertos países en los que se considere que la prevalencia de infección por VIH es elevada. Sería muy difícil, sin embargo, identificar correctamente esos países, ya que éstos quizás no dispongan de datos fidedignos o no notifiquen sus casos de SIDA o los resultados de las pruebas serológicas. Si la notificación de los casos de SIDA ha de provocar probablemente la imposición de requisitos de examen de detección por parte de otros países, es posible que algunos gobiernos se resistieran a notificarlos francamente. Análoga resistencia se observó en años recientes en relación con la notificación de casos de cólera. Además, la aplicación de un criterio selectivo a los exámenes de detección sobre la base de los países de origen podría provocar contramedidas de represalia por parte de otros países o regiones.

Cualquiera que fuese el criterio adoptado, sería indispensable incluir en el examen a los nacionales a su regreso de un país extranjero, al mismo tiempo que a los viajeros internacionales que llegaran. Excluir a los primeros del programa de detección zaparía inevitablemente la justificación de salud pública del examen y haría que éste apareciera como particularmente discriminatorio o xenófobo.

ii) Dónde se procedería a los exámenes: Los exámenes de detección del VIH podrían realizarse antes del viaje o en el puerto de entrada. En el primer caso, el país de entrada exigiría que los viajeros que llegaran a él llevaran un certificado de exención de infección por VIH. Es de suponer que el costo de la prueba y de la obtención del certificado correría a cargo del viajero. El inconveniente de este procedimiento es que crearía sin duda un mercado de certificados falsos. Los principales clientes de este mercado serían probablemente los que tuvieran razones para sospechar que podrían ser VIH positivos, y en los que, por consiguiente, la tasa de prevalencia de infección por VIH sería superior al promedio. El requisito de que los certificados de VIH fuesen validados por las autoridades sanitarias del país de origen del viajero probablemente se vería complicado por la negativa a participar de los países que no fuesen partidarios de la imposición de los exámenes de detección a los viajeros.

En el segundo supuesto, es decir, los exámenes de detección en el puerto de entrada, los costos y la complejidad logística del procedimiento serían inmensos. En los puestos fronterizos de tierra, mar o aire más concurridos sería prácticamente imposible someter a examen más que a una fracción muy pequeña de los viajeros sin provocar embotellamientos en las instalaciones. Además, las pruebas actualmente en uso duran por lo menos dos horas, y pruebas más rápidas probablemente tendrían una sensibilidad y especificidad menores que las actuales.

iii) Cuándo se procedería a los exámenes de detección: El momento de la realización de la prueba en relación con la fecha de viaje sería importante para determinar si se detectaría realmente a las personas VIH positivas. Si los exámenes se realizaran antes de emprender el viaje, ¿qué período podría dejar setranscurrir entre la realización de la prueba y el viaje? Cuanto más largo fuese el período, más probabilidades habría de que la persona resultara infectada entre la prueba y el viaje. Si el período fuese breve (por ejemplo, un mes) las personas que viajaran con frecuencia deberían someterse a repetidas pruebas todos los años.

Cualquiera que fuese el momento en que se realizara la prueba (un mes antes, la víspera del viaje o a la llegada) subsistiría la posibilidad de que la exposición fuese reciente y de que se estuviera desarrollando la respuesta inmune (el fenómeno de la "ventana"). Sería necesario, pues, someter a una nueva prueba, al cabo de un período de tres a doce semanas, a los visitantes cuya estancia en el país fuese más o menos prolongada.

#### 2.4.3 Disposiciones con respecto a los casos positivos

El tratamiento de los datos relativos a los exámenes de detección del VIH en los viajeros internacionales es complicado por varias razones. En primer lugar, el volumen de los viajes internacionales significa que sería necesario realizar un número enorme de pruebas, con la posibilidad intrínseca de errores y de confusión de datos. En segundo lugar, la información relativa al estado seropositivo se considera como sumamente amenazadora para el individuo, y se ha

recomendado firmemente y con insistencia que esa información no se facilite en ningún caso al interesado sin acompañarla del necesario asesoramiento, antes y después de la prueba, para lo que habría que disponer de más personal adiestrado y que contar con instalaciones apropiadas en las que suministrar ese asesoramiento. En tercer lugar, el mantenimiento del carácter confidencial de esa información es de gran importancia, como derecho de la persona sometida a examen. En algunos países, esa confidencialidad es además una exigencia de la ley. Debe señalarse que las mismas consideraciones se aplican a todos los viajeros internacionales, tanto si son extranjeros como ciudadanos del mismo país que vuelven del extranjero. La logística de su aplicación a las situaciones reales resultaría forzosamente de una enorme complejidad y estaría abocada a errores de muchas clases, entre ellos la exclusión errónea de personas no infectadas y la extensión de un "certificado de sanidad" para algunas personas infectadas por el VIH.

#### 2.4.4 Consideraciones jurídicas y éticas

Las consideraciones jurídicas concretas a que podría dar lugar un programa de examen de detección varían según los países. En muchos países la aplicación de políticas de detección y la prohibición de entrada a los viajeros sobre la base de los resultados de las pruebas requeriría la promulgación de leyes o reglamentos especiales.

Las consideraciones éticas suscitadas por un programa de detección son múltiples y entre ellas figuran la confidencialidad y el derecho a una atención y un asesoramiento humanitarios (como medida de prevención de los posibles efectos psicológicos negativos).

#### 2.4.5 Costos

Los costos directos e indirectos de un programa de exámenes de detección del VIH para viajeros internacionales pueden ser considerables. Los costos directos son los del programa de detección en sí mismo, entre los que figuran los de las pruebas propiamente dichas (incluidos los reconocimientos repetidos y suplementarios), los de personal, los recursos necesarios para establecer, mantener y controlar la actividad de detección, y los costos de la infraestructura necesaria para controlar y someter a examen a los viajeros a su llegada a todos los puestos de entrada (por aire, mar y todas las formas de transporte por tierra). Esos costos directos llegarían probablemente a un total de por lo menos US\$ 10-20 por cada viajero sometido a examen. Dado el enorme número de personas que cruzan las fronteras internacionales (más de 180 millones por vía aérea solamente en 1984) el gasto total para el examen de los viajeros sería extraordinario y constituiría un verdadero derroche. Si estos costos corrieran a cargo del viajero, resultarían fuera del alcance de muchas de las personas que viajan por tierra. Si los costos fuesen atendidos por el gobierno del país de llegada, podrían suponer una carga inaceptable para el erario público. En los países más pobres, con gran número de visitantes (por ejemplo, ciertos países en desarrollo con un turismo floreciente), los costos de detección del VIH podrían representar una proporción considerable del presupuesto total del sector de salud y, por consiguiente, distorsionarían gravemente las prioridades nacionales en materia de salud.

Puede preverse razonablemente que la aplicación de una política restrictiva a los viajeros internacionales, basada en unos exámenes de detección del VIH, repercutiría negativamente en el turismo y en el comercio internacional. Esos costos, que podrían ser importantes, serían difíciles de evaluar antes de ejecutar un programa de detección del VIH. Entre los costos indirectos podrían figurar asimismo la reducción del movimiento internacional, asociada a una serie de consecuencias sociales, culturales, económicas y políticas, y el fomento de un "mercado negro" en materia de servicios de detección del VIH o de suministro de falsos certificados de salud.

#### 2.4.6 Aceptabilidad social y política

Las consecuencias sociales y políticas del establecimiento de un programa de detección del VIH para los viajeros internacionales podrían incluir una marcada deterioración de las relaciones bilaterales o regionales y una mayor estigmatización de ciertos grupos o nacionalidades. Esos efectos resultarían probablemente agravados si el programa de detección se aplicara según criterios geográficos o geopolíticos.

### 2.5 Consecuencias perjudiciales de los exámenes de detección para los programas nacionales de lucha contra el SIDA

Es importante subrayar que son varias las consecuencias claramente negativas que podría tener para un país la introducción de un programa de detección del VIH para los viajeros internacionales. La más evidente es la desviación de recursos, que serían más eficaces si se destinaran a educar a la población en lo que atañe al VIH o a detectar el virus en la sangre destinada a las transfusiones. Un efecto negativo menos evidente podría ser un falso sentimiento

de seguridad con respecto a los viajeros seronegativos, que podría conducir a cierto relajamiento en los comportamientos que contribuyen a propagar el virus y a un aumento general del riesgo de que algunos viajeros internacionales transmitieran el VIH a los residentes nacionales. Por último, es muy posible que los exámenes de detección del VIH para los viajeros internacionales, si se practicaran sobre una base geográfica selectiva, desalentaran la notificación de casos de SIDA, lo que redundaría en una mayor distorsión de la importante función de vigilancia necesaria para el control permanente de la epidemia mundial.

## 2.6 Otras medidas posibles

Las estrategias de la lucha contra el SIDA en relación con los viajeros son idénticas a las aplicadas para la lucha contra el SIDA en la comunidad en general. Es necesario suministrar información clara y aceptable desde el punto de vista cultural sobre la índole de la infección por VIH, sobre los modos de propagación y sobre las medidas que las personas individuales pueden adoptar para proteger su propia salud. Cabría suministrar a los viajeros que cruzan las fronteras internacionales información escrita o gráfica apropiada. También se les podría pedir que se comprometieran voluntariamente a actuar de manera responsable en lo que atañe al SIDA durante su estancia en el país que les hospeda. Este compromiso no tendría valor jurídico, pero podría contribuir a que los viajeros tomaran conciencia del problema y fomentar comportamientos prudentes.

## 2.7 Conclusión

Los participantes en la reunión consultiva recomiendan resueltamente que se tengan en cuenta todas las consideraciones enumeradas cuando se piense en la posibilidad de implantar un programa de exámenes de detección para viajeros internacionales. La desviación de recursos para destinarlos a la detección de posibles portadores del VIH entre los viajeros internacionales en lugar de destinarlos a programas de educación, a la protección de los suministros de sangre y a otras medidas encaminadas a prevenir la transmisión parenteral y perinatal, sería difícil de justificar teniendo en cuenta los factores epidemiológicos, jurídicos, económicos, políticos, culturales y éticos que militan contra la adopción de una política de esta clase. Ningún programa de exámenes de detección para los viajeros internacionales puede prevenir la introducción y propagación de la infección por el VIH. En consecuencia, los participantes en la reunión consultiva llegan a la conclusión de que los programas de detección del VIH para los viajeros internacionales permitirían solamente, en el mejor de los casos, y con grandes costos, retrasar por breve tiempo la propagación del VIH tanto en el plano mundial como en el interior de cualquier país en particular.

## 3. VIAJES DE PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH EN LOS TRANSPORTES PUBLICOS

La utilización de los transportes públicos (por ejemplo, trenes, autobuses, aviones o barcos) por personas infectadas con VIH no crea riesgos de infección para las demás personas que comparten el mismo medio de transporte. Esta afirmación se aplica por igual a las personas infectadas con el virus del SIDA pero sin síntomas ("portadores sanos") y a las personas con manifestaciones clínicas de infección por VIH, incluido el SIDA. Por consiguiente, no hay ninguna razón específica para limitar el uso de los transportes públicos por las personas infectadas con el VIH.

## 4. RECOMENDACIONES PARA LOS VIAJEROS INTERNACIONALES SOBRE PREVENCION DE LA INFECCION POR EL VIH

Se ha comprobado que las vías de transmisión del VIH son las mismas en todo el mundo. Así pues, los comportamientos que exponen a las personas al riesgo de adquirir el VIH son análogos en todo el mundo. Las medidas de prevención contra el VIH son también idénticas en todos los países, tanto si la persona es un viajero como si es un residente de un país determinado.

Debe suministrarse material educativo a los viajeros internacionales para que estén informados de la forma en que se transmite el VIH y en que puede prevenirse su transmisión. Este material podría distribuirse por conducto de las agencias de viajes, las compañías de transportes, los hoteles y residencias para turistas, las clínicas para viajeros, los médicos privados y públicos, los médicos especializados en medicina del trabajo y el público en general. En este material educativo deberían señalarse concretamente las medidas preventivas aplicables, utilizando para ello un lenguaje claro y fácil de comprender. No es fácil encontrar el necesario equilibrio, ya que la transmisión del VIH es primordialmente sexual y, por consiguiente, en muchos casos resulta una cuestión delicada desde el punto de vista social y cultural. Sin embargo, para proteger a los viajeros internacionales es indispensable debatir abiertamente estas delicadas cuestiones.

LISTA DE PARTICIPANTES

Dr. A. Adams, Jefe, Department of Health of New South Wales, McKell Building, Rawson Place, Sidney, NSW 2000, Australia

Profesor R. Black, School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland 21218, Estados Unidos de América

Dr. J. Chin, Jefe, Departamento de Enfermedades Infecciosas, State Department of Health Services, 2151 Berkeley Way, Berkeley, California 94704, Estados Unidos de América

Dr. A. U. Dahoma, Oficial Médico Principal, Epidemiología, Ministerio de Salud, P. O. Box 9083, Dar es Salaam, República Unida de Tanzania

Profesor J. Dormont, Profesor de Medicina, Université Paris-Sud, Faculté de Médecine, 63, rue Gabriel Péri, 94276 Le Kremlin/Bicetre, Cedex, Francia

Profesor R. Feachem, Profesor de Higiene del Medio Tropical, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, Londres WC1E 7HT, Reino Unido

Profesor Y. Hinuma, Instituto de Investigaciones Víricas, Universidad de Kyoto, Sakyo-Ku, Kyoto 606, Japón

Dr. M. A. Koch, Jefe, Departamento de Virología, Bundesgesundheitsamt, Robert-Koch-Institut, Nordufer 20, D 1000 Berlín 65

Dr. J. Osborn, Decano, School of Public Health, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan 48104, Estados Unidos de América

Profesor G. Papaevangelou, Profesor de Epidemiología, Centro Nacional de Referencia para el SIDA, Escuela de Higiene de Atenas, P. O. Box 14085, Atenas, Grecia

Profesor Alain Pompidou, Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, 8, avenue de Ségur, 75700 París, Francia

Dr. J. Sepúlveda, Epidemiólogo Jefe, Oficina Sanitaria Panamericana, Apartado Postal 105-34, México 5, D. F. México

Dr. P. G. Waiyaki, Director, Centre for Microbiology Research, Kenya Medical Research Institute, P. O. Box 54840, Nairobi, Kenya

Representantes de otras organizaciones

Asociación de Transporte Aéreo Internacional, 26, ch. de Joinville, 1216 Cointrin (Dr. T. Kumiin)

Comisión de las Comunidades Europeas, Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo, 200, rue de la Loi, Bruselas, Bélgica (Dr. E. Bennett)

Organización Mundial del Turismo, Capitán Haya 42, 28020 Madrid, España (Sr. H. Handszuh)

Secretaría del Commonwealth, Londres, Reino Unido (Profesor Thairu)

Secretaría

Dr. M. Carballo, SPA  
Sra. C. Dasen, IEH/PSS  
Dr. J. Demé, PGS/JMS  
Dr. H. Hellberg, IEH  
Sr. S. Fluss, HBI/HLE  
Sra. D. A. Fresle, SPA  
Sr. G. Levi, IEH/MED  
Dr. J. Mann, SPA  
Sr. W. Parra, CDS/EAM  
Dr. L. Philip, IEH/HED  
Sr. K. Uemura, HST  
Dr. D. A. Vázquez-R. Olazábal, DTR/LAB  
Dr. A. Vessereau, HST/GES  
Dr. C.-H. Vignes, LEG

= = =