

## hiv sida en américa

*Héctor Pérez<sup>1</sup>*

El SIDA es una epidemia que se conoce desde hace 25 años y que no se detiene: la primera descripción fue publicada por los Centros de Control de Enfermedades y Prevención de los EEUU, en junio del año 1981. El acceso de la población al tratamiento no ha sido igualitario, y probablemente el lema de 2004 de la Organización Mundial de la Salud no ha llegado a cumplirse en esta intención del “tres por cinco”: tres millones de personas para el año 2005 recibiendo tratamiento antirretroviral.

La epidemia comenzó en los ´80, cuando se describieron los primeros casos en una publicación y era una enfermedad desconocida, que atacaba a determinado grupo de personas: primero fueron los homosexuales, luego los hemofílicos, los heroínómanos, los haitianos. Se dio en el mundo desarrollado en un principio, cosa que no era frecuente porque las epidemias ocurrían en mundos subdesarrollados o en vías de desarrollo. El primer impacto se dio cuando aparecieron los primeros casos en el Caribe y en el África Sub-sahariana, pues ahí aparece la otra “H”: los heterosexuales. Y como los heterosexuales son sexualmente activos, otra “H” aparece en los hijos.

Lamentablemente, la epidemia ha vivido esta realidad y en donde no había aparecido hasta los ´90, que era el sudeste asiático, ha hecho una explosión; precisamente en el lugar que tiene mayor contingente de personas, desde la India a Tailandia. Y lo que es probable, en los años venideros, entrará en la Europa Oriental y Rusia y no tendrá freno. La epidemia no se ha detenido en ningún lado, y como decía Jonahan Mann, quien fue el encargado de los programas de SIDA en los años ´80, el resto de nuestra vida médica vamos a seguir viendo casos de SIDA.

---

(1) Secretario del Consejo de Administración de la Fundación Huésped.

---

Al año 2004 esto no ha cambiado fundamentalmente, excepto en el total de nuevas infecciones, que se va incrementando año a año (probablemente hoy estemos en 44 millones de personas infectadas). Esta epidemia es irrefrenable. Se infectan continuamente nuevas personas: hay cinco millones de nuevas infecciones por año y, lamentablemente, por esa situación de la inequidad, sigue muriéndose gente de SIDA en números alarmantes; lo que podría evitarse si hubiera acceso al tratamiento antirretroviral, como vamos a ver después.

Los niños están presentes en esto. Cuando aparece la epidemia en África y en el Caribe, los hijos de los heterosexuales comienzan a presentar la infección y hay un total de medio millón de nuevos casos de SIDA en menores de 15 años, en los que casi nueve de cada diez son transmisión materno fetal. Los chicos no mueren rápidamente pero se infectan y, si no hay diagnóstico, desarrollan la enfermedad progresiva y rápidamente.

Un dato aún más importante en cuanto a lo que significa el cooperativismo y la traslación de esto, no solamente a lo que significa un problema de salud o un problema económico: aproximadamente el 10% de los chicos en el África sub-Sahariana han perdido al menos a uno de sus padres, y esto hace que deban trabajar porque si no se morirían de hambre. En unos 15 años va a haber 20 millones de chicos con HIV, porque la epidemia no ha permitido que en África haya un tratamiento accesible para todas las personas.

Esta epidemia empezó en los EEUU. Se logró descubrir e investigar nuevos fármacos, pero no hay acceso a ellos y más de 9 de cada 10 de las infecciones aparecen en los países de bajos y medianos ingresos. Diariamente se infectan cerca de 2 mil chicos y 12 mil adultos aproximadamente; la mitad de esta población son mujeres. La mujer, por circunstancias biológicas, económicas, sociales, tiene un riesgo incrementado de 12 a 20 veces con respecto al hombre; se infecta porque si tiene lesiones genitales y no las diagnostican son una puerta de entrada al virus. Desde el punto de vista social, en nuestras sociedades difícilmente una mujer pueda decirle a su pareja sexual que se ponga un preservativo (esta es nuestra realidad, los colegas de otros países podrán decirnos la de ellos) y, lamentablemente, muchas mujeres trabajan sexualmente o ascienden desde el punto de vista económico social gracias al sexo y no pueden muchas veces pedir que se use un preservativo, lo que aumenta el riesgo 12 a 20 veces más que a la inversa, de que la mujer infecte al hombre.

A pesar de todo lo que se ha luchado en estos últimos 50 años, con el acceso a vacunas, tratamientos, diagnóstico, en la mayoría de los países de África la expectativa de vida se ve claramente dañada.

---

## **El SIDA como problema económico**

El SIDA no solamente es un problema médico sino también económico. Las sociedades fundamentalmente funcionan porque los sistemas de salud reciben los aportes de la gente de entre 20 y 40 años, activa, que produce. Y, justamente, es la gente que se enferma. Esto lleva a que los chicos, que son la base de cualquier pirámide, no tengan acceso a la salud, y los ancianos, que ya han tenido su vida activa, también estén quebrando esta situación.

Por supuesto que el impacto ha sido, como en la mayoría de las situaciones, no solamente relacionado con las patologías que tienen los continentes. Sabemos que la pobreza hace que la tuberculosis sea un problema aún sin solución en el siglo XXI. Fíjense lo que es el impacto en África del SIDA, que supera claramente lo que es el impacto global. Acá vamos nuevamente a la situación de desigualdad, donde aquellos que menos tienen son los que no pueden acceder a un tratamiento que podría cambiar claramente lo que es la evolución de la epidemia. Esto se da en todos los países; son ejemplos menores. No solamente este es un problema de grandes ciudades: en los países africanos esto también ocurre en zonas rurales, y también está viéndose en Latinoamérica. Por esta condición social y económica, muchas de las personas que viven en Latinoamérica, para cambiar su estructura socioeconómica vienen a los grandes centros urbanos. Pero no siempre ven re-creadas las necesidades que tienen ahí, aunque sí adquieren los vicios que poseen los grandes centros urbanos: son los que llamamos “villas miseria” o las *favelas* de Brasil. Esta gente viene a los grandes centros urbanos y se contagia, porque empieza a compartir sexo no protegido, drogadicción (que en nuestro país es un tema claro, al igual que en Brasil, pues los que van a acceder a esta situación hasta de comercio de la droga son los ricos). El SIDA puede trasladarse, entonces, de ser un problema de grandes centros urbanos a ser un problema rural.

## **Ejemplos de programas de tratamiento: el caso de Brasil**

Aquí hay colegas de Brasil; esto es parte del cooperativismo. Pero lamentablemente no siempre seguimos el ejemplo del que, según creo, es el mejor programa de SIDA del mundo: el del Brasil. Por desgracia esto uno no lo puede ver en cuanto a la cantidad de municipios, cómo han ido incrementándose; pero convengamos que para el año 2000 el Banco Mundial calculaba para Brasil un millón de personas infectadas con HIV y, gracias al acceso al tratamiento en forma universal, esto no ha ocurrido y la cifra que se maneja es de 600.000 personas infectadas. Este es el criterio fundamental que les quiero transmitir acerca del avance de un país igual al nuestro, con condiciones socioeconómicas semejantes, mucho más poblado, mucho más extenso, pero en donde una política de salud ha sido constante en estos 25 años de epidemia.

---

Las personas con las que yo tengo contacto en Brasil son las mismas que empezaron el Programa Nacional de SIDA en el año '80, con Lair Macedo: Pedro Chequer -que ahora está viniendo para el Cono Sur- y Luis Mateo Loeres -que está en LUSIDA. Estas personas se han mantenido constantemente, así como la política de Brasil acerca del SIDA ha sido constante durante estos veinte años, lo que ha permitido que -aunque no se ha frenado la expansión de municipios- sí se ha frenado el número de nuevos casos. Y esto se da porque ha habido una igualdad en el acceso al tratamiento antirretroviral.

El número de pacientes en el año '97 era de 35 mil; ahora hay casi 150 mil pacientes en tratamiento antirretroviral. Anteriormente se habló de los costos. El gobierno de Brasil da un ejemplo claro: compra la medicación a granel y así logra bajar los costos y que pueda haber un acceso universal de todas las personas. Esto no solamente incide en cuanto al número de gente que accede al tratamiento, sino en cuanto a que a mayor número de gente tratada, menor el riesgo de infecciones en la población, porque baja la carga viral.

Este sistema beneficia a las personas que reciben tratamiento y, a su vez, disminuye los costos: de 1.65 internaciones por paciente, se bajó a 0.20. Esto es claramente una situación de privilegio, que significa que el sistema de salud está funcionando y lo que se gasta en medicamentos se ahorra claramente en internaciones y en muertes, por supuesto. La conclusión de esto es que el total de costo estimado de estas hospitalizaciones, que ha sido salvado, es de 460 millones de dólares aproximadamente. Esta es la condición de *tratar* para aquellos que siguen pensando que *tratar* es muy costoso; es todo lo contrario, *tratar* es costo efectivo, porque tiene un impacto epidemiológico: baja la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana, disminuye el número de internaciones y la capacidad de estas personas para estar enfermas y aumenta la productividad. Quien vaya ahora y vea a los pacientes en el hospital público, verá que muchas de estas personas están completamente activas, justamente porque están siendo tratadas.

## **La realidad del caso argentino**

La Argentina, por suerte, en los últimos 15 años ha funcionado, no de la misma manera que Brasil, pero ha brindado un acceso universal al tratamiento. Felizmente, existen dos leyes que también están previendo esta situación para los hospitales públicos y para la Seguridad Social, en el caso de las obras sociales y los sistemas prepagos de salud. El número de casos de SIDA, el número estimado, ha ido descendiendo. Esto lo vemos más claramente con el acceso al tratamiento antirretroviral que aparece en el año '97 en forma universal; la terapia de alta

---

eficiencia, al igual que lo que ha ocurrido en todos los países del mundo y, como veíamos anteriormente en Brasil, algo muy cercano a nosotros, cambia la tasa de incidencia y la de mortalidad porque estas personas, justamente, son bien tratadas y los números disminuyen.

Dijimos que en un principio ésta fue la enfermedad de las cuatro “H”: heroinómanos, hemofílicos, homosexuales, haitianos; pero también dijimos que luego en el mundo había heterosexuales y había hijos. Al principio apareció claramente la enfermedad relacionada con los homosexuales, y esto retardó la respuesta del sistema, porque “como yo no soy homosexual ni drogadicto, no me voy a infectar del virus de la inmunodeficiencia humana”. En el recuento global, del año '82 al '05, en 23 años de casos comunicados, la tercera parte de los casos son heterosexuales. Y acá no hay ninguna condición de riesgo, sino la de tener sexo no protegido, de que no haya educación sexual en los colegios.

Estos son los casos de SIDA, aquellas personas que están infectadas y han desarrollado la enfermedad completa. ¿Qué ocurre en los nuevos infectados? En estos últimos cinco años, tanto el gobierno nacional como el de la Ciudad han solicitado la comunicación de nuevas infecciones y la mitad de ellas se ha dado por vía heterosexual (los homo o bisexuales en un 20%). Si calculamos estas dos situaciones, prácticamente tres de cada cuatro de los nuevos infectados lo ha sido por vía sexual; dejando de lado a los drogadictos, una dimensión bastante importante, que fueron un impacto en la epidemia pero que han bajado claramente, aunque no porque la gente haya dejado de drogarse.

La mujer, como decíamos antes, ha tenido su impacto. En los casos de enfermos, la relación es de tres a uno: cada tres hombres con el virus del SIDA hay una mujer; pero en el caso de la infección, la proporción es de uno a uno en la mayoría de los partidos del conurbano bonaerense. Por lo tanto, es como afirmábamos anteriormente: la mujer, desde el punto de vista biológico, social y económico está inmersa en la problemática del SIDA. Esto no solamente pasa en el mundo subdesarrollado; en EE.UU., según los datos al año 2001 desde el año '86, en mujeres y adolescentes, la enfermedad no se ha detenido, aun teniendo acceso al tratamiento (tres de cada cuatro de los chicos que nacen en los EE.UU. son hijos de negros o de latinos, personas que no tienen equidad, igualdad en el acceso a la salud).

En la Argentina, las mujeres se infectan claramente por vía sexual; lo que ocurre con los niños es el incremento de la situación materno infantil, porque las mujeres acceden al análisis del HIV en el momento del parto, porque no han tenido controles durante el embarazo. Esto es una realidad de los países latinoamericanos; en nuestro país es realmente acuciante y, además, una de cada cinco mujeres embarazadas en Argentina es adolescente y seguramente

---

no ha tenido nunca un control ginecológico. Dentro de lo que es la integración y el cooperativismo debemos dar una respuesta a estas cosas.

## **SIDA: impacto económico, exclusión social y muerte**

Está demostrado que no tratar y tratar con una sola droga no produce cambios en lo que es la progresión a SIDA y muerte. Esto lo ha demostrado el grupo de Julio González Montaner, en Vancouver. La terapia dual baja algo esto, pero claramente lo que cambia algo es la terapia de alta eficiencia con la triple terapia, bajando a una mortalidad menor del cinco por ciento, y esto es claramente costo efectivo.

Esta es una infección crónica, lenta y progresiva. Si el paciente tiene alta carga viral, mucho virus circulando, bajan las defensas y se enferma rápidamente. Si tiene una baja carga viral puede vivir muchos más años, no se siente enfermo ni está infectando a más personas. El tratamiento antirretroviral lo que está cambiando es esto: esa alta carga viral baja, aunque el paciente tiene una infección crónica. Por lo tanto, esto es una realidad que tenemos que tener en cuenta.

De esto hemos aprendido sin lugar a dudas: la cuarta parte de los pacientes que estaban en tratamiento antirretroviral en el '96 no tenían carga viral indetectable; no llegábamos a tener un tratamiento adecuado. Al año 2002 hemos aprendido bastante; hemos logrado tener mejor acceso, mejor adherencia, en el sentido de que adhieren al tratamiento y no que se apegan a los medicamentos. Esta es una cuestión que los médicos también tenemos que entender, y esto claramente se relaciona con el sistema inmunitario: los pacientes que están con mayor cantidad de carga indetectable, que ahora es un número muy bajo en los pacientes que no lo están, incrementan su sistema inmunitario y no se mueren de SIDA que, como su nombre lo dice, es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Los objetivos de los institutos de salud de los EE.UU. hablaban desde lo médico; el principal objetivo del tratamiento era la supresión máxima y durable de la carga viral, la recomposición inmune, la mejoría de la calidad de vida (pero como una cosa terciaria) y la reducción de la mortalidad. Sin embargo, para los pacientes lo más importante es no morir, que mejore su calidad de vida, la preservación del sistema inmune y la disminución de la carga viral.

Los datos del grupo del Dr. Julio González Montaner, de Vancouver, Canadá, demuestran claramente que el tratamiento tiene un costo / efecto positivo. Comparando la población infectada en el África Sub-Sahariana con y sin terapia médica, a los cinco años se percibe un cambio favorable en la mortalidad y la expectativa de vida, en la población tratada.

---

“Tres por cinco” no funcionó, y fue porque África y Asia no han tenido el acceso que todos esperábamos, y en esto hay un compromiso de toda la comunidad. El señor Presidente de la Alianza Cooperativa Internacional lo decía claramente: en Colombia se ha incrementado un 60% el número de casos de SIDA, y esto es lo que lamentablemente ocurre en Latinoamérica. Como tenemos el ejemplo del Brasil, como en parte Argentina también aporta esto, hemos llegado a una media del 5%; pero como se ve en el África Sub-sahariana donde hay 30 millones de personas, dista mucho de que lleguemos a tener 3 millones en tratamiento antirretroviral.

En cuanto al impacto económico de la epidemia, se reduce de uno a dos por ciento el crecimiento económico: el 60% de los adolescentes no va a vivir hasta los 60 años, la gente que se infecta y enferma está entre los 15 y los 49 años, la gente sexualmente activa, y aquí la mortalidad es 20 veces mayor que en el mundo desarrollado. ¿Quiénes son los que se mueren? Las personas que menor acceso tienen al tratamiento; se incrementa claramente la pérdida del sostén familiar, los gastos, la gente va emigrando, hay personas que no tienen acceso universal al tratamiento y hay gente de países limítrofes que vienen a tratarse a la Argentina. Esto no es ningún orgullo; creo que tendría que ser una situación en la que todos seamos solidarios.

El impacto del SIDA se ve en tres cosas: pobreza, enfermedad y nutrición. En Zambia disminuye el 20% del PBI, en 10 años un 15% de la ingesta calórica. 5 al 35% de la fuerza laboral en 38 países de África se va a ver disminuida justamente por la epidemia del SIDA. Las personas que se infectan en los distintos lugares no son solamente los pobres; la gente capacitada también se infecta, y esto hace que se pierdan las vacantes de docentes. La gente que no está educada tiene mayores probabilidades, esto es lo que han tratado históricamente de hacer: no mantener la educación para tenernos un poco como un rebaño; sin embargo, es una parte elemental la educación, como lo dice la Ley 23.798, y en esto todavía estamos bastante distantes.

No solamente se mueren los docentes, se mueren los empleados del Estado, y en países como Camboya, 20% de los chicos se ven obligados a trabajar justamente por esta situación. En Haití, el gasto en salud es realmente exiguo, sabiendo lo que son los costos de los tratamientos antirretrovirales; pero esto hace que la prevalencia llegue al 10%. Nos asustamos a veces cuando hablamos de África, que tiene casi una de cada cinco personas infectadas por HIV, pero nosotros no estamos tan lejos de estas cifras en América.