

Veinte años con SIDA

Dr. J.M. Avilán Rovira

Individuo de Número

En el mes de junio de este año se cumplieron los primeros veinte años de la publicación del primer informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), aunque todavía no se denominara así. En efecto, el 5 de junio de 1981, en el reporte semanal (*Morbidity and mortality weekly report*) del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), de Atlanta, EE.UU., mejor conocido por sus siglas MMWR, se informó de 5 casos de neumonía por *Pneumocystis carinii*, ocurridos en hombres jóvenes, de Los Angeles, California, quienes aparentemente antes de la infección estaban sanos. Todos fueron descritos como homosexuales y dos de ellos ya habían fallecido para esa fecha.

El oficial del servicio de vigilancia epidemiológica del Departamento de Salud Pública del condado de Los Angeles, preparó el referido informe y lo sometió a su publicación a comienzos de mayo. En la nota editorial que acompañó al informe, se expresaba que la historia de los casos sugería “una disfunción inmuno-celular relacionada a una exposición común” y “una enfermedad adquirida por contacto sexual”(1).

El informe estimuló nuevas denuncias de casos adicionales, procedentes de Nueva York, San Francisco y otras ciudades americanas. Al mismo tiempo, la unidad de investigación de medicamentos del CDC, la única que distribuía pentamidina, para el tratamiento de la neumonía por *P. carinii*, comenzó a recibir solicitudes de médicos tratantes de hombres jóvenes.

En el mes de junio de 1981, en el CDC se creó un grupo de investigación para identificar los factores de riesgo y desarrollar la definición de “caso” para fines de vigilancia a nivel nacional. Para marzo de 1983, ya el CDC difundía a través del MMWR, recomendaciones para prevenir la transmisión mediante relaciones sexuales, el uso de drogas o la ocupación (trabajadores sexuales), basadas en estos

primeros estudios epidemiológicos, aun antes de que la causa de la nueva enfermedad fuese conocida.

Para diciembre de 2000, de acuerdo a los datos hasta esa fecha recopilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), habían fallecido cerca de 22 millones de seres humanos en el mundo por la enfermedad y unos 36 millones viven con el virus o la enfermedad (2).

De los casi 5 millones que se infectaron en el año 2000, un poco más del 10% fueron menores de 15 años (Cuadro 1).

Cuadro 1

Resumen global de la epidemia de VIH/SIDA.
Diciembre de 2000

Personas infectadas con VIH en 2000

Adultos	4,7 millones
Mujeres	2,2 millones
Niños < 15 años	600.000
Total	5,3 millones

Número de personas vivas con VIH/SIDA

Adultos	34,7 millones
Mujeres	16,4 millones
Niños <15 años	1,4 millones
Total	36,1 millones

Muertes por SIDA en 2000

Adultos	2,5 millones
Mujeres	1,3 millones
Niños <15 años	500.000
Total	3 millones

Total de muertes por SIDA desde el comienzo de la epidemia

Adultos	17,5 millones
Mujeres	9 millones
Niños < 15 años	4,3 millones
Total	21,8 millones

De acuerdo a la entrega del MMWR que comentamos, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA, presentan características pandémicas y plantean uno de los grandes retos a la salud pública global. Como infección de origen sanguíneo y sexualmente transmitida, el VIH presenta variados patrones de contagio e impacto entre regiones del mundo y afecta en forma desproporcionada a personas en desventaja o marginalizadas, tales como trabajadores sexuales, consumidores de drogas inyectadas, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y quienes viven en situación de pobreza.

En la Figura 1, que reproduce el MMWR del Programa conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, se presenta la distribución de los 36 millones de adultos y niños estimados como infectados con VIH y SIDA, en todo el mundo.

Según Roger Dobson, en una nota del Boletín de la OMS (2), la Federación Rusa y otras partes del oriente europeo, están confrontando una crisis, de acuerdo a las últimas cifras conocidas en diciembre de 2000. Europa oriental y la antigua Unión Soviética han alcanzado 700 000 casos, un aumento de casi el 70% en el espacio de un año, debido en su mayor parte al incremento de los usuarios de drogas inyectadas.

Sin embargo, el Africa sub-sahariana constituye aún el mayor problema: cerca del 9% de los adultos viven con la infección o la enfermedad, comparado con la prevalencia mundial, que alcanza al 1,1%. El sur y el sureste del Asia es motivo de seria preocupación, pues es la región más afectada después del Africa.

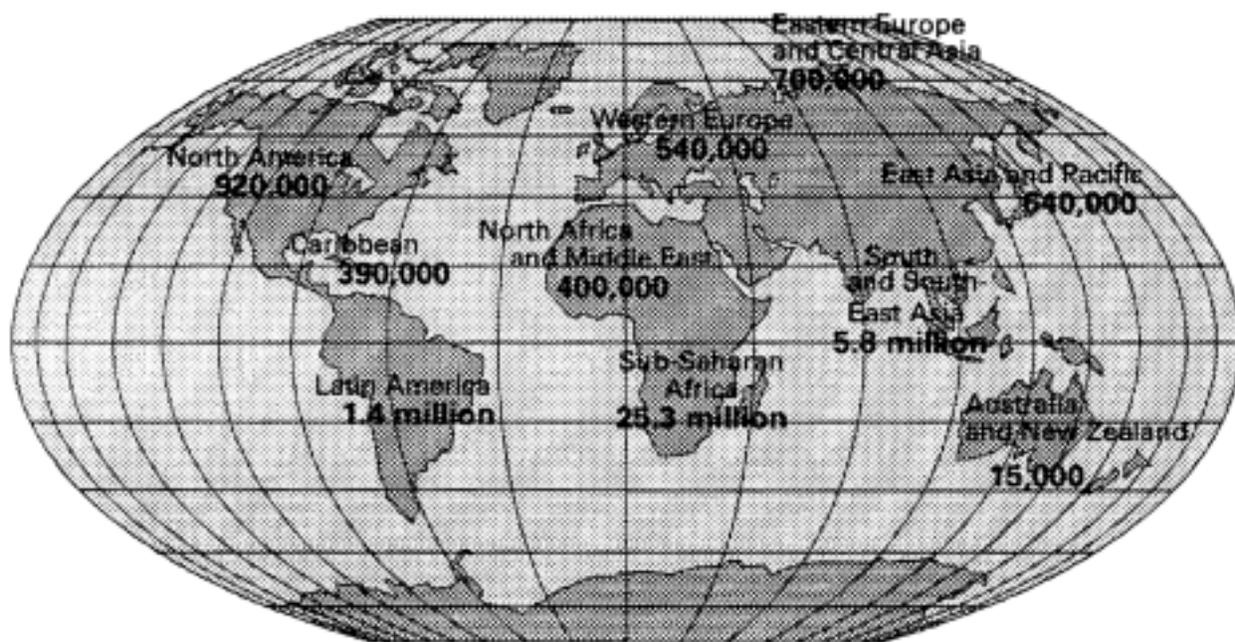


Figura 1. Distribución mundial del número* de adultos y niños estimados como infectados con VIH/SIDA hasta el año 2000.

*n= 36,1 millones. Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas para SIDA.

Por supuesto que se trata de cifras absolutas del número de infecciones y casos, las cuales habría que ajustar con tasas, pero resulta preocupante también el alto número estimado para América Latina.

Cita Dobson que en el informe de la Unidad para el SIDA, de las Naciones Unidas, (NUSIDA), se previene que los países industrializados confrontan un problema diferente con la enfermedad: parecen complacidos por la creencia que en la actualidad el tratamiento resulta relativamente más fácil. Esto influye en la falta de prevención en los países con más altos ingresos, por lo cual el problema parece agravarse, porque la conducta de alto riesgo, sin lugar a dudas, va en aumento en algunas comunidades, como la de jóvenes de raza negra que tienen relaciones homosexuales (1).

Por otra parte, en los países menos desarrollados, la población de algunas comunidades se comporta sin cuidarse de los riesgos conocidos, pues equivocadamente creen que los nuevos medicamentos anti-retrovirales resolverán el problema.

Neff Walker, epidemiólogo de NUSIDA, ha comentado al respecto, que no se sabe por cuánto tiempo serán efectivos estos medicamentos y por qué fracasan en algunos pacientes. Se preocupa porque el virus puede mutar y adquirir resistencia, por lo que se ignora cuál será la perspectiva de estos tratamientos en el largo plazo (2).

Sheyla Davey en una nota con un provocativo título: "Medicinas para todos, no sólo para los ricos"(3), hace referencia al problema de la situación de los precios de los medicamentos antisida. En marzo de este año, la casa Merck de EE.UU., anunció que bajaría los precios de dos de sus anti-retrovirales, indinavir (Crixivan) y efavirenz (Stocrin) en un 90%, hasta 600 y 500 dólares, respectivamente, por paciente y por año. Este precio sería extensivo a todos los países subdesarrollados, siempre que se garantice que los medicamentos rebajados no serán re-exportados. Otras casas farmacéuticas, tales como GlaxoSmithKline, Pfizer y Bristol-Myers Squibb, han ofrecido rebajar los precios de sus medicamentos contra el SIDA o sus complicaciones. Davey se pregunta ¿cuál es la razón de la avalancha de estos precios?

No es —como debería ser— porque de los 36 millones que viven con el VIH o el SIDA, menos del 10% tiene acceso a estos tratamientos salvadores. O porque de los 25 millones de africanos del sur infectados, solamente cerca de 10 000 reciben tratamiento adecuado en la actualidad.

Contribuyen otros factores más importantes, tales como la oferta de la compañía india Cipla, de una mezcla de tres anti-retrovirales por 600 dólares anuales, lo cual representa una fracción de los 10 a 15 mil dólares que importa esta triple terapia en los EE.UU. y otros países occidentales. Esta propuesta generó toda una borrasca entre los productores farmacéuticos de anti-retrovirales, que no deben desconocer que por sus precios no están al alcance de los países pobres, pero defienden legalmente sus patentes, cuya propiedad es la que incentiva sus inversiones. Al efecto, la Federación Internacional de Asociaciones de Productores Farmacéuticos, advirtió en una conferencia de prensa que la pérdida de la protección a las patentes, amenazaría la investigación y que las reducciones de precio contribuirían muy poco al acceso a los anti-retrovirales, a menos que los gobiernos y los donantes aumenten los fondos destinados a tal fin.

La Organización Mundial del Comercio (OMC), está de acuerdo con encontrar vías para mejorar el acceso de los medicamentos esenciales a los países pobres, pero sostiene que el sistema de patentes constituye el estímulo para que las compañías farmacéuticas arriesguen millones de dólares en la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos. De acuerdo a las palabras de su director, Mike Moore, "Es hora de superar el debate estéril sobre si debemos anteponer el libre comercio a la salud humana o viceversa. No hay tal dilema. El libre comercio, al impulsar el crecimiento económico, al reducir los precios y al aumentar la oferta, casi siempre contribuye a mejorar la salud humana"(4).

Organizaciones no gubernamentales, como la de caridad británica Oxfam, lidera una campaña para cambiar las reglas del comercio mundial. Aboga por un sistema de patentes diferenciales, que asegure que el interés público sea lo primero y el de las corporaciones productoras, ocupe un segundo lugar. Para estas organizaciones la OMS, en cumplimiento de la resolución de su LIII Asamblea, celebrada en mayo de 2000 (5), debe auspiciar y apoyar la inversión pública para fomentar la investigación de nuevas medicinas y vacunas, así como la cooperación internacional para la creación de un fondo para subsidiar la compra y distribución de medicamentos en los países pobres, contribuir en la asistencia de su desarrollo y en la gestión de la exoneración de sus deudas.

Laurie Garrett, ganadora del premio Pulitzer por su libro *The Coming Plague* (1994), observa que la

respuesta global a la emergencia del SIDA en 1981, fue médica antes que de salud pública: la investigación y los recursos se destinaron en su mayor parte para la búsqueda de una cura. Quince años más tarde se dispone de una terapia anti-retroviral de elevada actividad, pero a la larga ésta no es la solución (6).

Jon Cohen, el periodista que ha descrito con lujo de detalles las vicisitudes para lograr una vacuna contra el SIDA, hasta ahora infructuosas, razona que el mercado para dicha vacuna está principalmente en los países en desarrollo (7). Como en el mundo industrializado, tanto los gobiernos, como los individuos, pueden adquirir los tratamientos, porque disponen de más recursos y los infectados son menos, la necesidad de una vacuna no luce tan importante. Esta situación no ha incentivado en forma sostenida a las grandes compañías farmacéuticas. Cohen está auspiciando la llamada “marcha de los dólares”, para levantar fondos para la investigación, el desarrollo y las pruebas de campo de una vacuna antisida, a semejanza de la célebre “marcha de los diez centavos” (*March of dimes*), apoyada por la Fundación Nacional para la Parálisis Infantil, en 1960, que tanto contribuyó al éxito de la vacuna contra la poliomielitis.

Sin embargo, en marzo de este año, se anunció que la primera vacuna diseñada para su uso en Africa oriental, está en la etapa de ensayo en seres humanos en Kenya y en ella se cifran grandes esperanzas (8). Este esfuerzo requiere un comentario

especial, por lo cual no le dedicamos más espacio a este ya largo editorial.

Al respecto, el doctor José Esparza, coordinador de la llamada “iniciativa para una vacuna”, de NUSIDA, OMS, quien ha trabajado por diez años en este campo, advierte que debemos ser cautelosos para no crear grandes expectativas. Afirma que este podría ser sólo el primer paso de un largo viaje.

REFERENCIAS

1. Morbidity and mortality weekly report (MMWR). First report of AIDS. 1º de junio de 2001;50(21):430-443.
2. Dobson R. AIDS dramatic surge in ex-Soviet Union, no respite worldwide, new data show. Bull World Health Organ 2001;79(1):78.
3. Davey S. Medicines for all, not just the rich. Bull World Health Organ 2001;79(4):377-378.
4. Moore M. La globalización es buena para la salud. El Nacional 2001 Junio 24; Economía, E/9.
5. Whyte B. New resolution on HIV/AIDS announced at the 53rd World Health Assembly. Bull World Health Organ 2000;78(6):863.
6. Garrett L. Betrayal of trust. Nueva York: Hyperion; 2001.
7. Cohen J. Shots in the dark. Nueva York: WW Norton&Company; 2001.
8. Walgate R. AIDS vaccine research riding high. Bull World Health Organ 2001;79(5):484-485.