

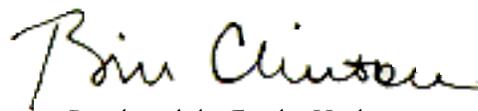
cuestiones mundiales

Periódico Electrónico del Departamento de Estado de Estados Unidos - Julio de 2000, Volumen 5, Número 2



Amenaza a la Seguridad Mundial

*No deberíamos pretender
que con sólo dar inyecciones
podemos desentendernos de esto.
Tenemos que cambiar comportamientos,
actitudes, y hay que hacerlo
de una manera organizada,
disciplinada y sistemática.*



Presidente de los Estados Unidos

*Discurso inaugural en la Cumbre Nacional sobre Africa
17 de febrero de 2000*

Nota de los Editores

*E*ste periódico electrónico se publica en el momento en que cerca de 10.000 investigadores, médicos, activistas, profesionales del cuidado de la salud y funcionarios de gobierno se preparan para celebrar en Durban, Sudáfrica, la XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA. Se espera que la reunión presente técnicas y estrategias innovadoras de cuidado, tratamiento y prevención, que puedan ofrecer nuevas orientaciones en la prosecución de esta labor vital.

Las semanas previas a la conferencia han traído consigo una corriente constante de acontecimientos en esta historia continua sobre el VIH/SIDA: nuevas estadísticas sobre el precio creciente que cobra la enfermedad; iniciativas de programas educativos y preventivos; nuevos esfuerzos para alentar la búsqueda de una vacuna. Sin embargo, tal vez lo más significativo de todo sea el creciente reconocimiento de que una enfermedad plantea, por primera vez, una amenaza tan ominosa a la salud, la prosperidad y el desarrollo que merece la misma clase de atención oficial de parte de los líderes del mundo que la que se presta a las amenazas más tradicionales a la seguridad mundial.

Mantenemos la esperanza de que esta atención mundial incrementada hará sus aportes mientras procuramos enfrentar este flagelo.

cuestiones mundiales

Periódico Electrónico del Departamento de Estado de Estados Unidos
Julio de 2000, Volumen 5, Número 2

índice

El SIDA: Amenaza a la Seguridad Mundial

La lucha común contra el SIDA	6
La administración Clinton intensifica la respuesta estadounidense a la pandemia mundial. <i>Por Sandra Thurman, Directora, Oficina de Política nacional sobre el SIDA</i>	
La lucha contra la pandemia del SIDA	10
El SIDA cobra un nivel de urgencia mayor en el escenario internacional. <i>Por Richard C. Holbrooke, embajador de Estados Unidos en las Naciones Unidas</i>	
Prevención del SIDA: una inversión en la prosperidad mundial	12
El SIDA pone en peligro la prosperidad y el desarrollo, pero los descubrimientos científicos todavía prometen progresos contra esta y otras enfermedades mortales. <i>Por Lawrence H. Summers, secretario de Hacienda de Estados Unidos</i>	
La epidemia del SIDA: consideraciones para el siglo XXI	18
El SIDA es una de las enfermedades más mortíferas de la historia, pero puede ser prevenida completamente. <i>Por el doctor Anthony S. Fauci, director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas</i>	
En un punto crítico	25
Entre las crisis humanas y de desarrollo que oprimen a muchas naciones africanas, se ha cruzado una línea histórica con el reconocimiento del flagelo por parte de los líderes, y se logran progresos contra la enfermedad. <i>Por Peter Piot, director ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA</i>	

informes y documentos

Información básica: la infección con el VIH y el SIDA	29
Esta hoja informativa ofrece información básica sobre el SIDA, incluso cómo se lo transmite, diagnostica, trata y previene. <i>Por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID), que es parte de los Institutos Nacionales de la Salud</i>	
Respuesta a los escépticos: réplicas a los argumentos de que el VIH no causa el SIDA	35
Esta hoja informativa refuta muchos de los mitos sobre la epidemia del SIDA. <i>Por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID), que pertenece a los Institutos Nacionales de la Salud</i>	

recursos adicionales

Bibliografía	41
Libros, documentos y artículos sobre el VIH/SIDA.	
Sitios en la Internet	44
Lista de los sitios en la Web donde puede encontrarse información sobre organizaciones de salud gubernamentales e internacionales involucradas en la lucha contra el SIDA.	

cuestiones mundiales

Periódico Electrónico del Departamento de Estado de Estados Unidos
ejglobal@pd.state.gov

Directora	Judith S. Siegel
Editor	William Peters
Jefe de Redacción	Jim Fuller
Editora de textos	Charlene Porter
Editor de Internet	Tim Brown
Ayudante de Internet	Charlotte West
Ayudante de Internet	Carlos Aranaga
.....	Mitchell Cohn
.....	Wayne Hall
.....	Cynthia LaCovey
.....	Ellen Toomey
Referencia e investigación	Monica Mieroszewska
.....	Joan Taylor
Directora de arte	Chloe Ellis
Ayudante de gráficas	Sylvia Scott
Junta Editorial	Howard Cincotta
.....	Judith S. Siegel
.....	Leonardo Williams

La Oficina de Programas de Información Internacional del Departamento de Estado de Estados Unidos publica cinco periódicos electrónicos que examinan temas importantes que encaran Estados Unidos y la comunidad internacional. Los periódicos – Perspectivas Económicas, Cuestiones Mundiales, Temas de la Democracia, Agenda de Política Exterior de Estados Unidos y Sociedad y Valores Estadounidenses – ofrecen análisis, comentarios e información de antecedentes en sus respectivas áreas temáticas. Todas las ediciones de los periódicos aparecen en inglés, francés y portugués, y ciertos temas seleccionados aparecen también en árabe, ruso y español. A intervalos de entre tres y seis semanas se publica una nueva versión en inglés. Las versiones traducidas por lo general aparecen de dos a cuatro semanas después de la versión original en inglés. El orden temático en que aparecen las ediciones es irregular, y algunas ediciones publican más temas que otras.

Las opiniones expresadas en los periódicos no reflejan necesariamente las opiniones o políticas del gobierno de Estados Unidos. El Departamento de Estado de Estados Unidos no asume responsabilidad por el contenido o el acceso continuado a los sitios de la Internet relacionados con los periódicos; tal responsabilidad recae por entero en los propietarios de esos sitios. Los artículos pueden reproducirse y traducirse fuera de Estados Unidos, a menos que contengan restricciones de derechos de autor.

Los números actuales o atrasados de los periódicos pueden encontrarse en la página de la Oficina de Programas de Información Internacional en el World Wide Web en <http://usinfo.state.gov/journals/journals.htm>. Están disponibles en varios formatos electrónicos para facilitar su lectura en línea, transferencia, descarga e impresión. Se invita a enviar comentarios a la embajada de Estados Unidos en cada país o a las oficinas editoriales:

Editor, Global Issues & Communications
Office of International Information Programs
IIP/T/GIC
U.S. Department of State
301 4th Street, SW
Washington, D.C. 20547
United States of America.
E-mail: ejglobal@pd.state.gov

La lucha común contra el SIDA

Por Sandra Thurman
Directora, Oficina de Política nacional sobre el SIDA

Estados Unidos, junto con otros países, contribuye a diseñar programas experimentales basados en la prevención y la atención de la comunidad para frenar la ola de nuevas infecciones de SIDA en Africa y otras regiones del mundo.

Quisiera presentar un cuadro realista del alcance de la pandemia del SIDA, sobre todo en cuanto a sus efectos sobre la estabilidad de familias, comunidades y naciones. Quisiera relatarles algunas de mis experiencias y mostrarles los rostros que se esconden tras esta situación estremecedora. También quisiera presentarles a grandes rasgos los componentes de nuestra respuesta a esta pandemia mundial.

Bajo cualquier aspecto que se le considere, el SIDA es una plaga de proporciones bíblicas. Está causando más víctimas en Africa que todas las guerras juntas que están devastando el continente. El SIDA es ahora la principal causa de muerte de todas las personas de todos los grupos de edad en Africa, y el ritmo al que ha ido progresando esta pandemia ha superado todas nuestras previsiones. En 1991, la Organización Mundial de la Salud predijo que para 1999 habría nueve millones de infectados y habrían fallecido cerca de cinco millones de personas en Africa debido al SIDA. Los números reales, aproximadamente 24 millones de infectados y 14 millones de muertos, son de dos a tres veces superiores a esas previsiones.

Sin embargo, esta guerra continúa. Cada día África entierra a 5.500 hombres, mujeres y niños como resultado del SIDA, y ese número aumentará más del doble en los próximos años. Según las proyecciones actuales, para el año 2005 más de

100 millones de personas de todo el mundo estarán infectadas con el VIH. Y a diferencia de otras guerras, son las mujeres y los niños los que cada vez con más frecuencia están atrapados en el fuego cruzado de esta pandemia implacable.

En Africa, una generación íntegra de niños está en peligro. En varios países de Africa al sur del Sahara, entre una quinta y una tercera parte de todos los niños ya se han quedado huérfanos debido al SIDA. Pero lo peor todavía está por llegar. En los próximos diez años, más de 40 millones de niños en Africa habrán perdido al padre o a la madre, o a ambos, a causa del SIDA. Cuarenta millones. Casi el mismo número de niños que viven en Estados Unidos al este del Mississippi.

En tan sólo unos pocos años, el SIDA ha dado al traste con decenios de duro trabajo y progreso gradual hacia la mejora de la vida y la salud de las familias del mundo en desarrollo: la mortalidad de los niños menores de un año se está duplicando, la mortalidad de los niños de 1 a 5 cinco años se va triplicando, y la esperanza de vida disminuye 20 años o más.

El SIDA no es sólo una cuestión de salud; es una cuestión económica, una cuestión fundamental del desarrollo y una cuestión de seguridad y estabilidad.

El SIDA tiene efectos devastadores en la productividad, el comercio y la inversión, al abatir a los trabajadores en sus años más productivos, elevar el costo de los negocios y reducir el producto nacional bruto (PNB). Muchas compañías ya se han visto obligadas a contratar al menos dos empleados para cada puesto de trabajo, ya que se da por sentado que uno de ellos morirá a consecuencia del SIDA.

El SIDA también afecta la estabilidad de la región. El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas ha celebrado recientemente un día de reuniones sobre el VIH/SIDA. Este acontecimiento histórico puso de relieve el creciente convencimiento de que el SIDA es una amenaza de seguridad que requiere una movilización mundial. Este hecho se ha abordado también en un informe publicado recientemente por el Consejo Nacional de Inteligencia, en el que se demuestra que el efecto de esta pandemia es una amenaza mucho más grave de lo que pensábamos.

No obstante, el mensaje que deseo transmitirles no es de desesperanza y desolación. Al contrario, espero contagiarles un sentido de optimismo. Porque en medio de esta tragedia, hay esperanza. En medio de esta terrible crisis, hay oportunidad, la oportunidad que se nos brinda de unirnos para potenciar a la mujer, proteger a los niños y prestar apoyo a las familias y comunidades de todo el mundo en nuestra lucha común contra el SIDA.

Es importante recordar que de lo que estamos hablando aquí no es de números, sino de nombres; no de datos y cifras, sino de rostros humanos y familias. Permítanme que les hable de una abuela ejemplar que conocí en una pequeña aldea de las cercanías de Masaka, en Uganda.

Bernadette ha visto morir de SIDA a diez de sus 11 hijos adultos. Hoy, a los 70 años, está cuidando a sus 35 nietos. Gracias a préstamos de un sistema bancario de la aldea, ha empezado a cultivar batatas, frijoles y maíz, a criar cabras y cerdos, y a vender azúcar y aceite comestible.

Con el dinero que gana puede enviar a 15 de sus nietos a la escuela, conseguir un modesto tratamiento para los cinco que son seropositivos, y empezar a construir una casa suficientemente grande para albergarlos a todos. En su tiempo libre participa en una organización llamada "Mujeres unidas para salvar a los huérfanos" – fundada por la primera dama de Uganda, la señora Janet Musevenin – que une en una acción solidaria a miles de mujeres aliadas en la misma lucha.

Estas mujeres no están solas. Desde los jóvenes que montan representaciones teatrales callejeras en Lusaka para educar a otros de su misma edad sobre los peligros del VIH, a los grupos de apoyo de

Soweto que prestan atención en el hogar y en la comunidad a los enfermos del SIDA, las comunidades se están movilizando y abriendo nuevas vías a la esperanza.

Estos son los rostros de los niños y las familias que viven en un mundo afectado por el SIDA. Su espíritu, su determinación y su fortaleza moral son una inspiración para todos nosotros.

El aspecto positivo de todo esto es que sabemos qué es lo que funciona. Junto con nuestros socios de África, hemos adquirido conocimientos provechosos y diseñado medios eficaces. Juntos hemos elaborado programas experimentales y demostrado que funcionan. Hoy sabemos cómo frenar la ola de nuevas infecciones, cómo prestar atención básica a los que están enfermos y cómo movilizar a las comunidades en apoyo del creciente número de niños huérfanos del SIDA. Uganda ha demostrado que con un firme compromiso político y programas permanentes en todo el país, se puede reducir a la mitad la prevalencia del VIH. Senegal ha demostrado que se puede parar la propagación del VIH y mantener baja su prevalencia. Pero todavía queda más, mucho más por hacer para que estos resultados alcancen la escala necesaria.

Estados Unidos ha participado en la lucha contra el SIDA en nuestro país desde el principio de los años ochenta. Pero con el tiempo nos hemos ido percatando de que, en lo que se refiere a esta enfermedad, ni las crisis ni las oportunidades conocen fronteras. Tenemos mucho que aprender de las experiencias de otros países, y el sufrimiento de los ciudadanos de la aldea mundial nos afecta a todos.

Hemos hecho mucho, pero queda mucho más que Estados Unidos y otros países desarrollados pueden y deben hacer.

En el curso del último año y medio he hecho cuatro viajes a África. Junto con miembros y personal de ambos partidos políticos y cámaras legislativas he visto personalmente las tragedias y los triunfos del SIDA en África. En respuesta a los resultados de estos viajes, el gobierno pidió, y el Congreso aprobó, otros 100 millones de dólares para intensificar nuestras actividades mundiales contra el SIDA.

Esta campaña entraña una serie de pasos para reforzar el liderazgo de Estados Unidos mediante el apoyo a algunos programas comunitarios extraordinarios que está financiando la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la prestación de la tan necesaria asistencia técnica a los países en desarrollo que luchan por atender las necesidades de sus pueblos infectados y afectados por el SIDA. Este esfuerzo duplica con exceso nuestro financiamiento de programas de prevención y atención en Africa y desafía a nuestros socios del G-8 y a otros a que también aumenten su compromiso.

La campaña se concentra en cuatro aspectos principales:

- Prevención – En particular, estrategias de reducción del estigma, sobre todo respecto de las mujeres y los niños, incluidas la educación sobre el VIH, orientación y análisis voluntarios e intervenciones para reducir la transmisión de la enfermedad de la madre al hijo.
- Atención en el hogar y en la comunidad – Mediante estos servicios se contribuirá a mejorar los sistemas de orientación psicológica y apoyo, y se prestará atención médica básica (incluso tratamiento de enfermedades afines, como las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis).
- Atención de los niños huérfanos del SIDA – Esta atención tomará la forma de asistencia en materia de nutrición, educación, capacitación, salud y apoyo de orientación psicológica, en coordinación con el programa de la microempresa.
- Infraestructura – Estos fondos ayudarán a reforzar la capacidad de prestación eficaz de servicios esenciales a través de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

Algunos de los restantes componentes principales de esta campaña incluyen un aumento de nuestras actividades para incorporar la epidemia del SIDA a nuestro diálogo de política exterior, promover el uso de recursos liberados por el alivio de la deuda

en la prevención del VIH, y movilizar a todos los sectores, incluso las empresas, los sindicatos, las fundaciones, la comunidad religiosa y otras organizaciones no gubernamentales.

Si bien con esta campaña se refuerza poderosamente la base de una respuesta integral a la pandemia, el UNAIDS (Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) ha calculado que se necesitarán 1.000 millones de dólares para establecer un programa eficaz de prevención del VIH en Africa al sur del Sahara. Actualmente, la contribución combinada de todos los donantes para este fin no llega a 350 millones de dólares. Además, UNAIDS calcula que se necesitará un mínimo de 1.000 millones para empezar a prestar servicios básicos de atención y tratamiento a los enfermos del SIDA en la región. En lo que se refiere a prestar incluso el tratamiento más elemental, no hemos empezado ni a escarbar la superficie.

En vista de estas ingentes necesidades, el gobierno ha solicitado, en el presupuesto del presidente para el año fiscal 2001, un aumento adicional de 100 millones de dólares para mejorar y ampliar nuestras actividades de lucha contra el SIDA en Africa y en todo el mundo.

Estos fondos nos permitirán impulsar las actividades en curso de la USAID y los Centros de Control de Enfermedades y ampliar su alcance con la inclusión de los departamentos de Trabajo y Defensa en el control de la transmisión del VIH/SIDA en el lugar de trabajo y en las fuerzas armadas.

Sin embargo, es preciso repetir que Estados Unidos no puede ni debe hacer esto solo. Esta crisis requiere la participación activa de todos los segmentos de todas las sociedades mancomunadas. Cada donante bilateral, cada organismo de préstamos multilateral, el mundo empresarial, las fundaciones, la comunidad religiosa y cada gobierno africano deben hacer su parte para aportar el liderazgo y los recursos necesarios para dar marcha atrás a esta marea. Se puede hacer y se debe hacer.

La realidad es que no tenemos vacuna o cura a la vista y que nos encontramos al principio de una pandemia mundial, no al final. Lo que hoy vemos en África es sólo la punta del témpano. Lo que ha sucedido en África sucederá en India y en la antigua Unión Soviética. Tenemos que actuar con urgencia con nuestros socios en África y en todo el mundo para aprender de nuestros fracasos y de nuestros éxitos y compartir esta experiencia con los países que están al borde del desastre. Millones, tal vez centenares de millones de vidas, están en juego. El SIDA es una devastadora tragedia humana que exige la acción inmediata de todos.

Somos un solo mundo y, en muchos aspectos, el destino de África es nuestro destino. En el horizonte se vislumbra un rayo de esperanza, pero esa esperanza sólo se realizará si juntos adoptamos medidas constructivas. Hoy, comprometámonos a aprovechar esta oportunidad. Como ha dicho el arzobispo Desmond Tutu: "Si libramos juntos esta guerra santa, venceremos".

La lucha contra la pandemia del SIDA

Por Richard C. Holbrooke
Embajador de Estados Unidos en las Naciones Unidas

La epidemia del SIDA, tema prohibido y envuelto en silencio riguroso en muchas culturas, se debe discutir públicamente en las esferas más altas del poder.

La primera vez que tomé conciencia de cómo convergen las cuestiones de la seguridad internacional y el VIH/SIDA fue en 1992, cuando, como ciudadano particular, viajaba a Phnom Penh y tuve la oportunidad de hablar con los funcionarios de Estados Unidos y de las Naciones Unidas que trabajaban en las elecciones auspiciadas por la ONU en Camboya. Me inquietó tanto lo que escuché sobre la transmisión del virus de los soldados y a los soldados de las fuerzas de paz, que escribí una carta al funcionario superior de las Naciones Unidas en Camboya en la que mencionaba los 40 diferentes países que contribuían a estas fuerzas de las Naciones Unidas encargadas de mantener la paz en Phnom Penh. Aunque comprometidas en la tarea admirable de lograr la paz en ese asolado país, los soldados de estas fuerzas podían contribuir a la expansión mundial del SIDA al llevar el virus a Camboya o al exportarlo de ese país.

Desde entonces se han cumplido con efecto devastador los vaticinios de los epidemiólogos sobre la expansión mundial del SIDA. En tanto que en Occidente la educación sobre el SIDA y las terapias con nuevos medicamentos permiten esperar que se erradique esta enfermedad, en el mundo en desarrollo la tasa de contagio sigue en aumento. En ninguna parte del mundo es más evidente el efecto de esta enfermedad que en el África al sur del Sahara. A pesar de que los estados desde Kenia hasta Sudáfrica albergan sólo un 10

por ciento de la población mundial, en conjunto representan a más de dos terceras partes del número de personas VIH-positivas del mundo y casi el 85 por ciento de todas las víctimas mortales del SIDA. Cada año el número de personas que mueren en el África al sur del Sahara a causa de esta enfermedad – que el año pasado ascendió a más de 2,62 millones – es 10 veces mayor que la suma de las muertes en todos los conflictos armados en el continente.

El pasado diciembre, durante un viaje a diez naciones de África, presencié los estragos del SIDA, desde los miles de huérfanos en Lusaka, Zambia, obligados a vivir en una estación de autobuses, muchos ya infectados con el VIH, hasta seis mujeres embarazadas de Windhoek, Namibia, todas portadoras del SIDA, que tuvieron que reunirse en secreto con nuestra delegación debido a los estigmas que lleva consigo esta enfermedad. Estas mujeres nos revelaron que, de admitir que habían contraído la enfermedad, perderían a sus maridos, a sus familias y sus empleos, y se las excluiría completamente de la sociedad. Si no se descubre y trata, el VIH/SIDA destruye a las familias y las relaciones entre parientes, mata al responsable de sostener a la familia, y a los maestros, soldados y policías que son la esperanza de la próxima generación.

En enero de este año, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas celebró el milenio aprobando la medida histórica de tener por primera vez como orden del día de una sesión una cuestión de salud en la que el SIDA fue el tema principal. Este acontecimiento representa lo que ya muchos hemos sostenido durante mucho tiempo, que el SIDA es tan desestabilizador como una guerra, que en el mundo después de la Guerra Fría la seguridad

internacional es algo más que armas y bombas, y el equilibrio del poder entre estados soberanos. El vicepresidente Gore, quien presidió la sesión del Consejo de Seguridad, habló elocuentemente sobre ello al decir que el SIDA es "una crisis de seguridad porque no sólo amenaza a los ciudadanos particulares sino a las mismas instituciones que definen y defienden el carácter de una sociedad".

En los meses siguientes a esa sesión del Consejo de Seguridad, la atención de los medios informativos se ha centrado más en la cuestión del SIDA en África, como también en el Premio Pulitzer otorgado al redactor Mark Schoofs de la revista "Village Voice" por su serie de artículos de interés titulada "El SIDA: La agonía de África". Las Naciones Unidas, el gobierno de Estados Unidos, las empresas farmacéuticas y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han emprendido iniciativas nuevas. Y, mientras yo sea embajador en las Naciones Unidas, Estados Unidos jamás emitirá su voto a favor de una resolución para mantener la paz que no requiera medidas específicas del Departamento de las Naciones Unidas para las Operaciones de Mantenimiento de Paz, con el fin de evitar el contagio de las fuerzas de mantenimiento de la paz o por las fuerzas de mantenimiento de la paz.

Pero se debe hacer más. Antes que nada, es necesario obtener con carácter de urgencia un mayor compromiso de recursos. No es un secreto que el nivel de los recursos internacionales dedicados a la lucha contra el SIDA son demasiado bajos frente a su magnitud. Según Jim Wolfensohn, presidente del Banco Mundial, el nivel actual de la asistencia oficial internacional para la prevención del SIDA en África es sólo 160 millones de dólares. En la reunión de enero del Consejo de Seguridad, el vicepresidente Gore anunció que la administración solicitaría otros 100 millones de apoyo al Congreso para luchar contra esta epidemia, lo que colocaría la aportación total de

Estados Unidos este año en 342 millones. Seguiremos trabajando por medios diplomáticos para potenciar a nuestros colegas en el G-8, ONUSIDA, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales, al sector privado y a los líderes de todos los países del mundo a fin de que se mejore la cooperación y se logre un mayor compromiso político y financiero con esta lucha en todo el mundo.

En segundo lugar, las naciones que sufren la crisis del SIDA y las que son ya plataforma de lanzamiento de la enfermedad deberán aceptar sus propias responsabilidades. En demasiadas culturas, el VIH/SIDA es un tema prohibido envuelto en silencio riguroso. La epidemia y sus causas se deben discutir públicamente en las esferas más altas de poder. Aparte de los recursos financieros, la batalla contra el SIDA requiere capital y voluntad política. Es por esta razón que doy la acogida a la décimotercera Conferencia Anual sobre el SIDA que se celebrará en Durban, Sudáfrica, durante este mes de julio. Esta conferencia proporciona una oportunidad excelente para que los representantes del gobierno y de las ONG, las organizaciones donantes y los expertos discutan abiertamente estrategias eficaces para la prevención del SIDA, posibles tratamientos y la movilización internacional, nacional y comunitaria para luchar contra la pandemia que es el SIDA.

Es evidente que ningún gobierno puede luchar solo contra la plaga que es el SIDA. Es sólo mediante la asociación de la comunidad de naciones, del sector público y del privado que se podrá alcanzar el progreso para evitar una generación de huérfanos con un futuro totalmente limitado y todas las esperanzas perdidas. Ciertamente que no les debemos a los niños del mundo nada menos que nuestro mejor esfuerzo conjunto para detener la aparentemente inevitable propagación de esta espantosa enfermedad.

Prevención del SIDA: una inversión en la prosperidad mundial

Por Lawrence H. Summers
Secretario de Hacienda de Estados Unidos

El ritmo actual de los descubrimientos científicos ofrece una oportunidad histórica de hacer progresos en la lucha contra las enfermedades mortales como el SIDA, que le causan tantas pérdidas al desarrollo económico y amenazan la prosperidad y estabilidad de la economía mundial.

El mundo, a medida que avanza su integración, enfrenta cada vez más una extensa clase de problemas que trascienden las fronteras y resisten las soluciones fáciles que propugnan individualmente gobiernos y mercados. No importa si se trata del lavado de dinero y los delitos financieros, el cambio climático o la reducción en la diversidad biológica del mundo – las soluciones de estos problemas serán bienes públicos mundiales, que requieren una cooperación mundial concertada.

Las propuestas presentadas por el presidente en su Iniciativa del Milenio procuran catalizar una respuesta mundial a uno de estos problemas más urgentes y moralmente apremiantes: el flagelo de las enfermedades infecciosas que afecta con más severidad a los países que son menos capaces de enfrentarlo.

Deseo abordar aquí los tres puntos que forman la base de la iniciativa del presidente. Primero, el desarrollo y la distribución de vacunas y tratamientos de enfermedades infecciosas constituye ahora una de las inversiones más efectivas que podamos hacer en el desarrollo económico exitoso de los países más pobres.

Segundo, las lecciones de la experiencia reciente en el desarrollo y el adelanto en los descubrimientos científicos, nos han colocado en una posición en la que podremos hacer un impacto real en la propagación mundial de estas enfermedades. Tercero, para lograr esto se necesita la cooperación pública y privada, tanto a nivel nacional como internacional.

La lucha contra las enfermedades infecciosas como imperativo moral y económico

Pudiera parecer extraño que el secretario de Hacienda dedique tanta atención a la meta de prevenir y controlar enfermedades en los países en desarrollo. Pero, como secretario de Hacienda, tengo siempre presente el enorme interés económico, humanitario y de seguridad nacional que Estados Unidos tiene en el éxito del desarrollo de los países más pobres.

Hoy, no es una exageración decir que el obstáculo más grande al desarrollo humano en estos países es el espectro de enfermedades como el VIH/SIDA. En años recientes, la propagación del VIH/SIDA ha sido rápida y particularmente brutal.

Cincuenta millones de personas en el mundo están infectadas con el VIH; más de 16 millones han muerto; y las muertes anuales relacionadas con el SIDA alcanzaron el año pasado la cifra récord de 2,6 millones de personas. En el África al sur del Sahara, donde ha ocurrido el 85 por ciento de todas las muertes atribuidas al SIDA, la expectativa de vida ha declinado grandemente en muchos países, anulando décadas de avances duramente logrados. Por lo menos en cinco países africanos, más del 20 por ciento de los adultos dieron VIH positivo. En el sur de África se anticipa que en los

próximos 5 a 10 años la expectativa de vida baje de su nivel máximo de 59 años, alcanzado a principios de la década de 1990, a 45 años – un nivel nunca visto desde los años cincuenta. Y las tasas más altas de nuevas infecciones ocurren frecuentemente entre mujeres jóvenes que pronto serán madres.

Las mujeres asumen en forma creciente el peso del VIH/SIDA, por ser las principales proveedoras de cuidados y, entre las jóvenes, por ser las que frecuentemente son las más vulnerables a la enfermedad. En muchos lugares, la infección con el VIH/SIDA entre las mujeres jóvenes es tres a cinco veces más alta que entre los hombres. En partes de Sudáfrica, casi un tercio de las mujeres embarazadas son diagnosticadas VIH positivo, comparado con solamente el 1 por ciento en 1990. En un continente donde las mujeres llevan a cabo una proporción excesiva del trabajo físico y contribuyen en forma crítica a la economía del hogar, la debilitación causada por el SIDA es especialmente cruel.

Lo más inquietante es la tasa en que se propaga el VIH/SIDA y el peligro absolutamente real de que lo que está ocurriendo en África está por ocurrir en otras partes. Las tasas de infección aumentan rápidamente en Asia, donde varios países se encuentran al borde de una pandemia en gran escala y necesitan tomar medidas de inmediato para prevenir el desastre sufrido en África. Partes de América Latina y el Caribe – nuestros propios vecinos – muestran también tasas de infección altas y en aumento. Y los países de la otrora Unión Soviética y de Europa Oriental también son vulnerables. El año pasado Rusia experimentó el mayor aumento en las tasas de infección en el mundo.

Al mismo tiempo, cabe destacar que millones de los habitantes del mundo siguen siendo víctimas de enfermedades que existen desde hace siglos. Por ejemplo, la tuberculosis (TB) causa más de dos millones de muertes anuales, y las cepas resistentes a las medicinas van en aumento. En efecto, miles de personas diagnosticadas VIH positivo mueren realmente de TB; sus sistemas inmunitarios dañados permiten que se desarrolle la TB activa, la que se propaga después a personas que no dan VIH positivo.

En resumidas cuentas, las enfermedades infecciosas son la causa principal de muertes en el mundo, y causan casi la mitad de todas las muertes entre personas menores de 45 años. El resultado final no es solamente una crisis humanitaria, sino una crisis social y económica más extensa.

La expectativa de vida está bajando debido principalmente a una mortalidad más alta entre adultos en la flor de su vida, y las investigaciones han revelado que el crecimiento económico depende grandemente de la proporción de la población en edad de trabajar. Un estudio reciente del Banco Mundial estima que el SIDA probablemente restará aproximadamente un 1 por ciento anual del crecimiento en el PIB de 30 países al sur del Sahara. La carga que significa con estas enfermedades refuerza aún más la pobreza que permite que éstas se arraiguen. Los presupuestos y servicios del cuidado de la salud están abrumados por el peso de cuidar a aquellos que están infectados. Y las familias ya empobrecidas están obligadas a liquidar sus bienes y a diferir gastos en cosas esenciales como la educación, para poder pagar por el costoso cuidado médico – lo que las hunde más en la vertiginosa espiral económica. El SIDA ha dejado huérfanos a un número alarmante de niños – más de 11 millones en el mundo – todos ellos, excepto medio millón, en África.

Si estos países no se desarrollan, no pueden contribuir al crecimiento mundial más amplio en que tenemos tanto en juego, cuando más del 40 por ciento de nuestras exportaciones ya va destinado a los países en desarrollo. La miseria económica nacional y la inestabilidad política que inevitablemente acompañan esta escala de pérdida humana pueden causar un daño mayor a todo el sistema mundial.

Por todas estas razones, respaldar el desarrollo y la distribución de vacunas y tratamientos efectivos contra enfermedades infecciosas es la inversión más eficaz y económicamente viable que podamos hacer, tanto para el desarrollo exitoso de estas economías como para la prosperidad y estabilidad de toda la economía mundial.

Creemos que éste es fundamentalmente un imperativo humanitario. También es un imperativo económico y de seguridad nacional. Y es un

imperativo que podemos abordar ahora con más fuerza gracias a la posición en que nos han colocado la experiencia mundial y el ritmo de los descubrimientos científicos.

La capacidad de realmente inclinar la balanza

Debemos abordar ahora el efecto inmediato y continuo de las enfermedades infecciosas y otros males de la pobreza. La historia de los esfuerzos internacionales en el pasado para combatir las enfermedades infecciosas sugiere que no hay soluciones fáciles y simples para este problema. Pero hoy estamos en una posición mucho más fuerte que hace apenas algunos años para ayudar a países a lograr progresos concretos.

Primero, hubo un crecimiento rápido en conocimientos científicos pertinentes. Evidentemente, una razón de la alta incidencia de enfermedades infecciosas lo constituyen los vacíos que todavía existen en nuestro conocimiento científico acerca de estas enfermedades. El desarrollo de vacunas y medicinas simplemente no puede ir más allá de las fronteras de la ciencia básica disponible. Pero, como dijo un ejecutivo farmacéutico en una reunión reciente acerca de este tema con el presidente Clinton, ésta es una "época de oro" para la investigación y la puesta en práctica. Se hicieron adelantos recientes importantes en cuanto al paludismo, el neumococo y el SIDA. Creemos que la política pública puede dar un empujón crítico a los esfuerzos de investigación en esta área.

Segundo, tenemos nuevas herramientas para encauzar posibles recursos internos y externos hacia este esfuerzo. Es obvio que la falta de recursos financieros relativos al costo de las inversiones más básicas es un obstáculo aún mayor para mejorar los resultados de la salud en estos países.

En promedio, los países más pobres del mundo gastan apenas 15 dólares anuales por persona en el cuidado de la salud – menos de lo que cuesta vacunar a un niño contra nueve enfermedades básicas, incluyendo polio, sarampión y tétano. En Estados Unidos, gastamos cada año miles de dólares por persona en el cuidado de la salud. En los países en desarrollo más pobres, solamente hay

como término medio 14 médicos y 26 enfermeras por cada 100.000 pacientes, comparado con 245 médicos y 878 enfermeras en los Estados Unidos. Y 800 millones de personas viven con menos de un dólar por día. La dura realidad es que el costo de cuidar a los pacientes de SIDA como lo hacemos en Estados Unidos excede por mucho el ingreso per cápita en la mayoría de los países en desarrollo.

No podemos confiar en que podamos eliminar el vacío relativo que existe en los recursos económicos de los países. Pero en la Iniciativa para los Países Pobres Fuertemente Endeudados (HIPC) tenemos una herramienta para aumentar los fondos de que disponen – y asegurar que estos se dirijan hacia prioridades esenciales del desarrollo humano, como el cuidado básico de la salud.

La iniciativa HIPC, creada en 1996 y mejorada el año pasado, ya ha ayudado a algunos de los países más pobres del mundo a asignar recursos preciosos al desarrollo humano que, de otra manera, se habrían gastado en pagar la deuda. La iniciativa HIPC, plenamente financiada y puesta en efecto, tiene el potencial de ser una herramienta aún más poderosa para ayudar a los países a dedicar mayores recursos a combatir las enfermedades infecciosas.

El año pasado el gobierno de Uganda ahorró, conforme al programa HIPC original, 45 millones de dólares en el servicio de su deuda. Sus gastos en salud y educación aumentaron en 55 millones de dólares, incluyendo un programa importante para combatir la epidemia del VIH/SIDA. Se anticipa que las tasas de inmunización de niños aumenten del 55 por ciento en 1996 al 60 por ciento en 2002. Una de las prioridades claves en los gastos en el cuidado de la salud en el futuro, los que serán facilitados por el aumento del alivio de la deuda HIPC, es extender la divulgación de la educación sobre el VIH/SIDA, particularmente en las comunidades rurales.

Cabe recalcar que educar a las niñas tiene el beneficio adicional de ayudar a prevenir la propagación del VIH/SIDA. Estudios realizados en Zaire, Zimbabwe y otras partes sugieren fuertemente que las tasas más altas de matriculación de las muchachas en escuelas secundarias han estado vinculadas a una tasa

mucho menor de transmisión del VIH. Y en el mundo en vías de desarrollo, los datos que se tienen sobre el cuidado de la salud confirman que los niveles de educación están altamente correlacionados con la probabilidad de que las mujeres mantengan relaciones sexuales libres de riesgos. Esta es la razón por la que el nuevo planteamiento para los préstamos oficiales, que forma parte de la iniciativa HIPC, coloca en primer plano las inversiones esenciales en la educación de la mujer y otras inversiones sociales esenciales.

Por último, tenemos una comprensión mejor de la importancia – y los prerequisites – de la distribución eficaz de vacunas y tratamientos. Sin duda, no vale la pena enviar vacunas y medicinas hacia los puertos de países pobres si las mismas no llegan a las bocas o brazos de aquellos que más las necesitan.

Por la misma razón, no sirve de mucho administrar vacunas y medicinas a gente que no recibe las herramientas básicas para mantener la salud, tales como las intervenciones nutritivas del tipo de la vitamina A y el hierro; o para prevenir enfermedades, tales como un mosquitero para protegerse del paludismo y educación para impedir la proliferación del VIH/SIDA. Estos problemas han sido a menudo obstáculos importantes que se oponían a los esfuerzos internacionales para combatir las enfermedades cardiacas. Sin embargo, la comunidad del desarrollo ahora comprende bien las estrechas vinculaciones entre los diferentes aspectos del cuidado de la salud, y las aplica en la práctica con éxito.

Esto se refleja tanto en la Iniciativa Presidencial del Milenio como en los planes que desarrolla ahora el Banco Mundial, que se concentran en transferir recursos significativos al mejoramiento de la provisión de servicios de salud básicos, entre ellos vacunas y medicinas.

También comprendemos mejor que esto no es sólo cuestión de dinero, sino de competencia y de compromiso perdurable. Específicamente, los gobiernos de los países en desarrollo necesitan comprometerse a alcanzar objetivos específicos de mejoramiento de la provisión de servicios de salud y los resultados al respecto. Y los países donantes, las organizaciones internacionales y las entidades

no gubernamentales de las naciones en desarrollo necesitan cooperar para encontrar soluciones que funcionen mejor para el país en cuestión. Y aplicar estos principios equivale a obtener resultados concretos.

Por ejemplo, en Uganda y Tailandia programas recientes e innovadores respaldados por la comunidad internacional han comenzado a revertir las tasas de infección con el VIH en los grupos de alto riesgo. Y en Senegal, una inversión temprana en programas de prevención ha ayudado a mantener bajas las tasas de infección con el VIH. En Bangladesh, donde se gastan sólo 4 dólares por persona y por año en servicios de salud, el Banco Mundial, la USAID y otros donantes han apoyado el desarrollo de redes de personal no médico que van hasta millares de aldeas y arrabales urbanos, con lo que han ayudado a reducir la tasa de mortalidad infantil de 132 a 75, entre 1980 y 1997.

La Iniciativa Presidencial de Vacunación del Milenio

La Iniciativa Presidencial de Vacunación del Milenio, que el presidente bosquejó en su Mensaje sobre el Estado de la Unión, se fundamenta en estas dos realidades: la escala y urgencia del problema y el alcance mayor con que podemos actuar hoy para dar una respuesta mundial efectiva.

En estas iniciativas nos basamos en el apoyo del sector privado, inclusive las compañías farmacéuticas que pueden proveer la investigación y el desarrollo que son tan necesarios para desarrollar las vacunas apropiadas. Aprovechamos también la dedicación del sector sin fines de lucro, incluso organizaciones como la fundación creada por el presidente de la compañía Microsoft, Bill Gates, que ha contribuido generosamente a la lucha contra la enfermedad; y utilizamos la pericia del gobierno para que pueda actuar como catalizador para asegurar que estos esfuerzos se expandan a escala internacional.

La iniciativa presidencial tiene cuatro componentes básicos. Primero, la movilización de recursos internacionales adicionales para ayudar a los países más pobres a comprar para sus niños las vacunas existentes. A menudo muchos países pobres no pueden permitirse comprar vacunas. Para ayudar a

resolver este problema, el presupuesto presentado por el presidente para el año fiscal 2001 propone una contribución de 50 millones de dólares a la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (AMVI), con el fin de comprar vacunas existentes destinadas a los niños. Esta contribución debería ayudar a catalizar contribuciones significativas de otros países y fundaciones. Le añadirá también credibilidad esencial al compromiso de la comunidad internacional de proveer un mercado para las nuevas vacunas, incluso vacunas contra el SIDA, cuando se las desarrolle. Además, el presidente ha ayudado a estimular los compromisos de la industria farmacéutica de donar vacunas existentes por valor de cientos de millones de dólares.

Segundo, transferir los recursos internacionales existentes a la construcción de una infraestructura en los países pobres que pueda distribuir vacunas y medicinas y proveer servicios básicos de salud esenciales.

El presidente Clinton ha instado a los bancos multilaterales de desarrollo que transfieran a los servicios de salud básicos de 400 a 900 millones de dólares anuales adicionales en recursos concesionarios. Por supuesto, un elemento esencial de esos servicios es la prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas, incluso el SIDA.

Tercero, intensificar la búsqueda de maneras más efectivas de tratar y prevenir enfermedades que afectan extensamente los países en desarrollo, especialmente el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis.

El presupuesto que presentó el presidente para los Institutos Nacionales de la Salud en el año fiscal 2001 incluye un aumento significativo de la investigación que es esencial para crear vacunas contra las enfermedades mortales que afligen primordialmente a los países en desarrollo. El financiamiento de la investigación de una vacuna contra el SIDA aumentará substancialmente en el año fiscal 2001, y se habrá duplicado con exceso desde el año fiscal 1997.

El presidente ha propuesto también 100 millones de dólares adicionales para la prevención y el tratamiento del VIH en Africa, Asia y otros países

en desarrollo. Podemos hacer avances cruciales contra el VIH y el SIDA mediante la distribución de información clara sobre las estrategias de prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Pedimos a otros países que se unan a nosotros para comprometer dinero con estos propósitos.

Cuarto, aprovechar las destrezas científicas y tecnológicas del sector privado en el desarrollo de nuevas vacunas para las enfermedades infecciosas.

Si bien se ha logrado un progreso importante, hay un amplio reconocimiento de que el mercado no les ofrece a las compañías farmacéuticas incentivos suficientes para desarrollar vacunas y medicinas que afectan de modo desproporcionado a las naciones en desarrollo. De hecho, la Organización Mundial de la Salud estima que tal vez sólo el 10 por ciento de los 50.000 a 60.000 millones de dólares que se gastan cada año en todo el mundo en investigaciones médicas se destina a enfermedades que afligen al 90 por ciento de la población mundial.

Para comenzar a atender este problema, el presidente propone un nuevo crédito impositivo para las ventas de vacunas contra el paludismo, la tuberculosis, el VIH/SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa que cause más de un millón de muertes al año en todo el mundo. De acuerdo con la propuesta, el vendedor de una vacuna calificada podría reclamar un crédito igual al 100 por ciento de la cantidad pagada por una organización sin fines de lucro calificada (por ejemplo, UNICEF), la cual recibiría de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) una asignación de crédito. El crédito impositivo parearía dólar por dólar los desembolsos del comprador, con lo que se duplicaría su capacidad de compra.

Desde el 2002 y hasta el 2020, la USAID podría reconocer hasta 1.000 millones de dólares en ventas de vacunas con derecho a recibir el crédito. Este crédito proveería un compromiso específico y confiable de comprar vacunas para las enfermedades singularizadas una vez que estén disponibles. El presidente exhorta a los otros gobiernos a que formulen compromisos de compra similares, de modo que podamos asegurar en el

futuro un mercado para estas vacunas críticamente necesarias.

Además, la administración ha expresado su disposición a apoyar un crédito impositivo para los gastos de ensayos clínicos cualificados de ciertas vacunas, similar al crédito impositivo existente conocido como "orphan drug tax credit", que se concede a ciertos tipos de fármacos de difusión limitada. El crédito alcanzaría al 30 por ciento de los gastos en ensayos clínicos en seres humanos de vacunas por las enfermedades que toma como objetivos la iniciativa del presidente. Este crédito proveerá a los elaboradores de fármacos un incentivo adicional para emprender la investigación de nuevas vacunas y acelerar su desarrollo.

Conclusión

La mera magnitud y complejidad del reto de combatir las enfermedades infecciosas, y la resistencia que éstas han ofrecido en el pasado, tienden a abrumar la esperanza con una sensación de futilidad. En todo el mundo, las enfermedades infecciosas – incluyendo el SIDA – matan millones de niños y debilitan y matan a millones de adultos

en la flor de la edad. Las devastadoras consecuencias humanas y económicas son evidentes.

Sin embargo, en Uganda, en Senegal y en otras partes vemos ahora ejemplos poderosos de progreso concreto. Y hemos visto antes que los esfuerzos mundiales bien coordinados pueden ejercer un impacto enorme. Sólo hay que considerar la erradicación de la viruela; la campaña contra la poliomielitis, casi completada; y el notable esfuerzo mundial para combatir la ceguera de los ríos (oncocerciasis), que ha detenido la transmisión de esta enfermedad en 11 países africanos e impidió que 185.000 personas que ya estaban infectadas quedaran ciegas.

Como lo he dicho, estamos convencidos de que tenemos ahora una oportunidad histórica de lograr avances contra otras enfermedades mortales que les cobran hoy un precio enorme a las economías en desarrollo. Lo que es crucial es que actuemos ahora para catalizar un esfuerzo internacional amplio para atender el problema.

La epidemia del SIDA: consideraciones para el siglo XXI

Por el doctor Anthony S. Fauci
Director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas

La pandemia del SIDA, una de las plagas más destructivas que hayan azotado a la humanidad, podría prevenirse en su totalidad por medio de programas educativos, la modificación del comportamiento y el empleo de fármacos antirretrovirales, tanto en los países desarrollados como en desarrollo.

A lo largo de su historia la humanidad ha sido acosada por microorganismos que constituyen un desafío continuo a la supervivencia de la especie.¹ Aunque todos los años algunas enfermedades mortales como la tuberculosis y la malaria continúan causando estragos a millones de personas, de vez en cuando el surgimiento o resurgimiento de algún microbio resulta en una pandemia inesperada y catastrófica que causa gran impacto en la salud pública a nivel mundial. A medida que entramos en un nuevo siglo, vale la pena reflexionar sobre el hecho de que, en el contexto de la enorme y constante carga de una serie de enfermedades infecciosas, así como de un número de minipandemias, el siglo XX ha presenciado dos de estos cataclismos inesperados.

Una, la pandemia de 1918 de influenza de tipo A, que se debió a un microbio antiguo que resurgió. La influenza fue siempre un problema, pero durante el invierno de 1918 y 1919 ocasionó la muerte de 25 millones de personas en todo el mundo y de 550 mil en Estados Unidos.²

La otra pandemia, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se debe a un microbio identificado no hace mucho: el virus de la inmunodeficiencia humana VIH.³ El mundo

reconoció por primera vez durante el verano de 1981 esta nueva enfermedad, que se ha extendido en sucesivas oleadas a varias partes del mundo. El impacto catastrófico de esta pandemia puede que todavía no haya sido comprendido completamente. Así, al comienzo de este nuevo milenio, es justo reflexionar sobre los orígenes de esta epidemia, sobre lo sucedido en los últimos 18 años, sobre lo que se ha logrado desde una perspectiva científica y de salud pública, y sobre cuáles son las proyecciones para el futuro.

Los orígenes del VIH

Los recientes datos sobre epidemiología molecular señalan claramente que el tipo 1 de VIH (VIH-1) evolucionó de las subespecies de *chimpancés pantrogloditas*, que se encontraba presente en esa subespecie durante siglos.⁴ Por lo visto, el virus no enferma fácilmente a los chimpancés. Como sucede con muchos otros virus, el VIH en un momento determinado "saltó" a otra especie e infectó a los seres humanos; de ahí que es casi totalmente seguro que se originó como una infección zoonótica. El VIH del tipo 1, la especie menos extendida y menos virulenta del VIH, se parece enormemente en composición genética al virus de inmunodeficiencia simio, el cual es endémico entre los sooty mangabeys.⁵

El modo más probable de transmisión del VIH-1, de los chimpancés a los seres humanos, fue seguramente la contaminación de una herida sin cicatrizar con la sangre infectada de un chimpancé, probablemente al ser éste descuartizando para consumirlo como alimento.⁶ Los chimpancés tradicionalmente han sido una fuente de alimento humano en algunas partes del África al sur del Sahara. Cualquiera de las diferentes mutaciones del

genoma viral que hubiese favorecido la transmisión del virus de los chimpancés a los seres humanos seguramente ocurrió en forma intermitente a través de los siglos.⁴ En efecto, es muy probable que durante décadas y posiblemente siglos se dieran casos esporádicos de transmisión a seres humanos sin que se lo notara.

La verdadera epidemia comenzó a surgir solamente cuando las condiciones demográficas y sociales permitieron la rápida expansión del virus. Estas condiciones comprenden la migración masiva de las zonas rurales a las urbanas; la destrucción de las unidades familiares debido a la naturaleza migratoria de la búsqueda de empleo, con la consecuente promiscuidad sexual y frecuentes visitas a prostitutas; así como la contaminación de los bancos de sangre.⁷

La introducción de esta epidemia en los países desarrollados, tales como Estados Unidos, ocurrió rápidamente después de la revolución de los homosexuales, que tuvo sus orígenes en las manifestaciones en el Stonewall Inn, bar de Nueva York frecuentado por homosexuales varones en el año 1969.⁸ El entorno demográfico vinculado con prácticas homosexuales de alto riesgo, que se concentró en ciudades tales como Nueva York, San Francisco y Los Angeles durante los años setenta y comienzos de los ochenta, lamentablemente llevaron a que esta población de jóvenes predominantemente adultos se convirtiese en un blanco perfecto para una epidemia de una enfermedad transmitida sexualmente. Patrones similares a estos comenzaron a presentarse en otros países desarrollados como Canadá, Australia y los de Europa occidental.

Alcance de la epidemia

El SIDA sigue teniendo un enorme impacto negativo en todo el mundo, tanto por el número de víctimas como en términos económicos. En Estados Unidos aproximadamente entre 650 mil y 900 mil personas están infectadas con el VIH⁹, de las cuales más de 200 mil no saben que tienen la infección.¹⁰ Hasta 1998 (último año del que haya cifras disponibles), se informaron 688.200 casos de SIDA y 410.800 muertes relacionadas con esa enfermedad al Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC).¹¹

Las características demográficas de los afectados por la epidemia han cambiado drásticamente desde 1981, cuando se informaron los primeros casos. A diferencia de los primeros tiempos de la epidemia de VIH y SIDA en Estados Unidos, cuando la población afectada estaba compuesta en su mayoría de homosexuales varones, lo cual llevó a suponer en forma incorrecta que la epidemia se mantendría restringida a la población homosexual, hoy día los nuevos casos de infección con el VIH son el resultado principalmente del uso de drogas inyectables y de contactos heterosexuales, con una proporción muy elevada de minorías entre sus víctimas.¹¹ El número de casos de SIDA (por cada 100 mil habitantes) informado en 1998 en Estados Unidos fue de 66,4 de afroamericanos no hispanicos; 28,1 de hispanicos; 8,2 de blancos no hispanicos, 74 de indigenas americanos y nativos de Alaska y 3,8 de asiaticos y de las islas del Pacifico. Las mujeres están siendo afectadas de manera creciente; la proporción de casos de mujeres y niñas adolescentes informados en Estados Unidos ha aumentado más del triple entre 1985 y 1998, de 7 por ciento a 23 por ciento.¹¹

A menudo se ha dicho que en Estados Unidos y en otros países desarrollados la epidemia de VIH y de SIDA se ha estabilizado, ya que el número de nuevos casos al año ya no aumenta aceleradamente sino que se mantiene constante. Sin embargo, se calcula que en Estados Unidos este punto de estabilización ha alcanzado un nivel inaceptable de 40.000 casos nuevos anuales, lo cual es una tasa de aumento que, según se calcula, se ha mantenido relativamente constante durante la década de los noventa.¹² De los nuevos casos de infección, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) estima que la mitad tiene menos de 25 años y se contagió por vía sexual.¹³ Según disminuye drásticamente el número de casos anuales entre los varones homosexuales, el número de casos entre la población heterosexual, en especial entre las mujeres, ha aumentado mucho, lo cual resulta en esta estabilización engañosa. En Estados Unidos, de hecho, se están viendo nuevas oleadas de la epidemia entre los distintos grupos demográficos.

El mismo fenómeno de sucesivas oleadas se refleja marcadamente en el patrón mundial de la epidemia, con el África al sur del Sahara como la región que sufre la mayor frecuencia de la epidemia

a nivel mundial.¹⁴ Además, el número de casos de VIH en los países de la antigua Unión Soviética ha aumentado drásticamente en los últimos años. (14) Sin embargo, la trayectoria de la tasa de infección en el subcontinente indio del sudeste de Asia es una indicación de que, en ausencia de medidas preventivas muy exitosas, estas regiones registrarán la mayor frecuencia de la epidemia según entramos en el siglo XXI.¹⁴ Se calcula que el número de casos infecciosos en China es relativamente bajo; sin embargo, existe la posibilidad de que haya una expansión explosiva del VIH en dicha nación de más de mil millones de personas.

La magnitud de la epidemia es enorme. Para finales de 1998, más de 33 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas con el VIH o el SIDA, 43 por ciento de los casos eran mujeres o niñas, según estima el programa copatrocinado por las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (UNAIDS).¹⁴ Se calcula que en 1998 hubo 5,8 millones de casos de VIH: aproximadamente 16.000 casos al día. Más del 95 por ciento de estos nuevos casos ocurrieron en países en desarrollo. En 1998 la infección con el VIH y el SIDA ocupaba el cuarto lugar como causa de muerte en el mundo, lo cual resultó en aproximadamente 2,3 millones de decesos.¹⁵ Si continúa esta tendencia de casos de VIH, más de 40 millones de personas resultarán infectadas con el VIH según entramos en el nuevo milenio.

Exito y limitaciones de la terapia antirretroviral

En Estados Unidos y otros países desarrollados, el número de casos diagnosticados y muertes debido al SIDA ha descendido considerablemente durante los últimos tres años. La tasa de muertes debidas al SIDA, ajustada por edad, disminuyó 48 por ciento entre 1996 y 1997¹⁶; también en Europa Occidental y Australia se ha notado disminuciones parecidas.^{17,18} Esto se debe a varios factores, entre ellos, una mejor profilaxis contra las infecciones oportunistas y un mejor tratamiento, una mejor formación de los profesionales de la salud en el cuidado de los pacientes infectados con el VIH, un mejor acceso al cuidado de la salud y una disminución del número de casos de VIH debido a las medidas preventivas y al hecho de que gran parte de las personas de alto riesgo infectadas ya habían contraído la infección.

Sin embargo, el factor que más ha influido ha sido, evidentemente, el empleo más frecuente de medicinas para combatir el VIH, que generalmente se administran en grupos de tres a la vez y entre las cuales generalmente hay un inhibidor de proteasas.¹⁷⁻¹⁹⁻²¹ Se sabe que este tipo de combinación constituye una terapia antirretroviral muy eficaz. La elaboración de terapias para combatir la infección con el VIH ha tenido mucho éxito, y refleja una sinergia efectiva entre el gobierno, las empresas y el mundo universitario. Hasta ahora disponemos de 16 fármacos para combatir el VIH, aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos. Estos fármacos han sido increíblemente eficaces en revertir la enfermedad en aquellos pacientes más graves, así como en prevenir el avance de la enfermedad en aquellas personas relativamente sanas.

Se han elaborado normas consensuales para el uso de una terapia antirretroviral muy activa en adultos y adolescentes, así como en niños y mujeres embarazadas infectadas con el VIH.²²⁻²⁴ Estas normas, cuando se siguen fielmente, han mejorado enormemente la prognosis de las personas infectadas con el VIH y han reducido el riesgo de transmisión del VIH de la madre al bebé de un modo notable.

A pesar de los enormes efectos beneficiosos de la terapia antirretroviral de alto efecto, muchas personas infectadas con el VIH por desgracia no reaccionan como deben a los regímenes, ni pueden tolerar los efectos tóxicos o tienen dificultad en seguir un tratamiento que implica multitud de pastillas, un sinnúmero de interacciones con otros fármacos y un régimen de dosificación complicado en el cual hay que tener en cuenta la ingestión de alimentos y de líquidos.²² Incluso entre pacientes a los que se les trata con éxito con terapias antirretrovirales muy activas y que tienen niveles bajos de VIH-1 RNA en el plasma, el virus persiste localizado en "refugios" donde las medicinas no pueden llegarles o en formas latentes sobre las cuales los fármacos no surten ningún efecto.²⁵⁻²⁸ Además, el surgimiento de cepas de VIH que se resisten a los fármacos que existen hoy es un problema muy extendido y creciente.²⁹

Aunque en la mayoría de los pacientes que reciben la terapia combinada antirretroviral, hay pruebas de

mejoría de las funciones del sistema inmunitario, la normalización total de este sistema y la erradicación total del virus no parece que vaya a ser muy viable con las terapias disponibles. La persistencia de un VIH latente, a pesar de recibir una terapia que reprime con éxito los niveles de VIH-1 RNA que se detectan en el plasma, constituye en especial un problema y sugiere que puede ser necesario un tratamiento de por vida con medicinas que hoy día son muy caras y difíciles de tolerar durante largos períodos.³⁰⁻³⁴ En aquellos pacientes en los cuales el VIH-1 RNA del plasma ha sido disminuido por medio de una terapia antirretroviral muy activa hasta llegar a niveles por debajo del umbral de detección durante un mediana de 390 días, los niveles invariablemente vuelven a su estado original dentro de las tres semanas de haber cesado de recibir la terapia.³⁵

Por lo tanto, el desarrollo de una nueva generación de terapias sigue teniendo prioridad. En la actualidad todas las medicinas antirretrovirales aprobadas se concentran en combatir dos enzimas virales: la transcriptasa invertida y la proteasa. Se desarrollan y prueban muchas estrategias de tratamiento nuevas, entre ellas el empleo de medicinas que evitan que el virus se meta en una célula y las que evitan que el provirus se integre en el ADN del núcleo. Además, las medidas para purgar el virus de sus latentes reservas en algunas células y tejidos están siendo estudiadas vigorosamente, así como métodos para fomentar la respuesta inmunológica al VIH.³⁶

Prevención de la infección con el VIH

En los países en desarrollo, donde la asignación per cápita para los gastos de los servicios de salud puede ser de solamente unos pocos dólares por año, las terapias contra el VIH casi siempre están fuera del alcance de la mayoría, con excepción de unos pocos privilegiados. Esta situación resalta la necesidad de contar con medios efectivos y de bajo costo para la prevención del VIH que puedan usarse en estos países y también en Estados Unidos y otros países desarrollados. Pero aun si estas terapias fuesen factibles a nivel mundial, es evidente que el tratamiento no es la solución del problema mundial del VIH. A diferencia de las plagas microbianas, tales como la malaria y la

tuberculosis (entre otras), y para las cuales no hay mucho que hacer en materia preventiva, la infección con el VIH en las personas adultas es totalmente prevenible a través de la modificación del comportamiento. Los investigadores han mostrado que diferentes enfoques de prevención pueden ser efectivos si se ponen en práctica en forma adecuada. Estos enfoques incluyen la educación y la modificación del comportamiento, la promoción y el suministro de condones, el tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual, el tratamiento de la adicción a drogas (por ejemplo, el tratamiento a base de metadona de los adictos a las drogas inyectables), el acceso a agujas hipodérmicas y jeringuillas limpias para quienes se aplican drogas inyectables, y el uso de fármacos antirretrovirales para interrumpir la transmisión del virus de la madre al bebé.³⁷

El uso de drogas antirretrovirales en mujeres embarazadas infectadas con el VIH y en sus hijos es una estrategia de prevención muy exitosa.³⁸ En Estados Unidos la tasa de transmisión del VIH de la madre al niño ha sido reducida a niveles insignificantes entre mujeres y bebés tratados con un régimen amplio de terapia con zidovudina. Estudios recientes del CDC y los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) y otras entidades han mostrado que los regímenes considerablemente más reducidos de drogas antivirales, que serían más factibles en los países en desarrollo, también reducen drásticamente la transmisión perinatal del VIH.³⁹⁻⁴⁰ Un régimen de terapia breve y accesible administrada a la madre alrededor de la fecha del parto, puede prevenir infecciones con el VIH en cientos de miles de bebés por año. El análisis tentativo de un estudio hecho en Uganda indica que dos dosis de nevirapina – la primera administrada a la madre al comienzo del parto y la otra administrada al infante dentro de las 72 horas del nacimiento – puede reducir significativamente la frecuencia de la transmisión perinatal del VIH.

Otros métodos para impedir la transmisión del VIH también pueden ayudar a reducir la epidemia del VIH y del SIDA. Por ejemplo, los investigadores desarrollan y prueban microbicidas tópicos, sustancias que una mujer puede aplicarse en la vagina antes del coito para prevenir la transmisión del VIH y otras enfermedades de

transmisión sexual.⁴² UNAIDS y otras organizaciones también han facilitado el uso generalizado del preservativo femenino en África. Estas intervenciones pueden contribuir a que las mujeres adquieran mayor poder para protegerse en situaciones en las que no pueden evitar tener relaciones sexuales con alguien infectado con el VIH o cuando no pueden persuadirlo de que utilice un preservativo.

Desarrollo de un vacuna contra el VIH

Históricamente, las vacunas han constituido un medio seguro, eficaz desde el punto de vista de los costos y eficiente para prevenir el sufrimiento, la incapacidad y la muerte causados por enfermedades infecciosas.⁴³ La solución de la pandemia del VIH es el desarrollo y disponibilidad de una vacuna efectiva y segura contra la infección. Esta meta, por cierto, tiene la más alta prioridad de la investigación sobre el SIDA. La dificultad en establecer las correlaciones específicas de inmunidad protectora contra la infección con el VIH ha sido un obstáculo científico muy importante para lograr esta meta. Para acelerar el ritmo de descubrimiento, muchos organismos públicos y privados han aumentado significativamente los recursos dedicados a la investigación de vacunas contra el VIH. Por ejemplo, en los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), los fondos dedicados a la investigación de una vacuna contra el VIH aumentaron de 100,5 millones de dólares en el año fiscal 1995 a un estimado de 194,1 millones de dólares en el año fiscal 1999. Hasta la fecha, más de 3.000 voluntarios no infectados se han anotado en más de 50 estudios sobre vacunas contra el VIH, patrocinados por los NIH (incluyendo 2 pruebas de fase 2 de magnitud intermedia), y que involucran 27 vacunas.

Como parte de su programa de investigación, los estudios apoyados por los NIH han evaluado las llamadas vacunas vectoriales: se tratan de virus inocuos (v.g., canarypox) que han sido genéticamente modificados para hacer proteínas VIH. Estas vacunas se han suministrado a voluntarios junto con otra vacuna hecha con una proteína envoltura de VIH purificado. Los resultados han sido alentadores. En los estudios de fase 1 y fase 2, este enfoque combinado resultó

libre de peligros y ha generado respuestas inmunológicas humorales y celulares que pueden desempeñar un papel en la protección contra la infección con el VIH.⁴⁴ Hay tres vectores, así como otras proteínas VIH, que en la actualidad están siendo comparados para determinar cuál combinación produce la respuesta inmunológica más vigorosa.

Al mismo tiempo, en Estados Unidos, a través de una compañía privada, se empezó recientemente a llevar a cabo un estudio en gran escala de una vacuna basada en las proteínas de superficie de dos cepas de VIH, que será seguido por un estudio de fase 3 a llevarse a cabo en Tailandia.⁴⁵ Finalmente, se inició en Uganda un estudio de fase 1 de una vacuna del vector canarypox contra la infección del VIH, en un intento creciente de involucrar a los científicos de los países en desarrollo en la investigación.

Conclusiones

La pandemia del VIH constituye un imponente desafío a la investigación biomédica y a la salud pública de todo el mundo. Lo que al principio fue un puñado de casos entre varones homosexuales en Estados Unidos, se ha convertido en una pandemia mundial de tales proporciones que figura entre las plagas microbianas más destructivas de la historia de la humanidad. Nos encontramos en un punto crucial de la evolución de este evento histórico. La investigación bioquímica ha proporcionado las herramientas para el desarrollo de tratamientos así como de una vacuna que todavía nos elude. En los últimos años ha quedado patente que para disminuir el impacto destructivo de esta epidemia será necesaria la cooperación entre los sectores público y privado, así como una voluntad política más fuerte entre las naciones del mundo. Y a no ser que los métodos de prevención, con la vacuna o sin ella, tengan éxito, la parte peor de la pandemia ocurrirá en el siglo XXI.

REFERENCIAS

- ¹ Krause RM. Introduction to infectious diseases: stemming the tide. In: Krause RM, ed. *Emerging infections*. New York: Academic Press, 1998: 1-22.
- ² History of influenza. In: Kilbourne ED. *Influenza*. New York: Plenum Medical Book, 1987:3-22.
- ³ Fauci AS. The human immunodeficiency virus: infectivity and mechanisms of pathogenesis. *Science* 1988;239:617-22.
- ⁴ Gao F, Bailes E, Robertson DL, et al. Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes troglodytes*. *Nature* 1999;897:436-41.
- ⁵ Hirsch VM, Olmsted RA, Murphey-Corb M, Purcell RH, Johnson PR. An African primate lentivirus (SIVsm) closely related to HIV-2. *Nature* 1989;339:389-92.
- ⁶ Weiss RA, Wrangham RW. From Pan to pandemic. *Nature* 1999;397:385-6.
- ⁷ Quinn TC, Fauci AS. The AIDS epidemic: demographic aspects, population biology, and virus evolution. In: Krause RM, ed. *Emerging infections*. New York: Academic Press, 1998:327-63.
- ⁸ Kramer L. *Reports from the holocaust: the story of an AIDS activist*. London: Cassell, 1994.
- ⁹ Karon JM, Rosenberg PS, McQuillan G, Khare M, Gwinn M, Petersen LR. Prevalence of HIV infection in the United States, 1984 to 1992. *JAMA* 1996;276:126-31.
- ¹⁰ Sweeney PA, Fleming PL, Karon JM, Ward JW. Minimum estimate of the number of living HIV infected persons confidentially tested in the United States. In: Program and abstracts of the Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, September 28-October 1, 1997. Washington, D.C.: American Society for Microbiology, 1997:245. abstract.
- ¹¹ HIV/AIDS surveillance report. Vol. 10. No. 2. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1998:1-48.
- ¹² Rosenberg PS. Scope of the AIDS epidemic in the United States. *Science* 1995;270:1372-5.
- ¹³ Rosenberg PS, Biggar RJ, Goedert JJ. Declining age at HIV infection in the United States. *N Engl J Med* 1994;330:789-90.
- ¹⁴ AIDS epidemic update: December, 1998. Geneva: Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization, 1998.
- ¹⁵ The World Health Report 1999: Making a Difference. Geneva: World Health Organization, 1999.
- ¹⁶ Hoyert DL, Kochanek KD, Murphy SL. Deaths: final data for 1997. *Natl Vital Stat Rep* 1999;47(19):1-104.
- ¹⁷ Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *Lancet* 1998;352:1725-30.
- ¹⁸ Dore GJ, Brown T, Tarantola D, Kaldor JM. HIV and AIDS in the Asia-Pacific region: an epidemiological overview. *AIDS* 1998;12:Suppl B:S1-S10.
- ¹⁹ Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998;338:853-60.
- ²⁰ Vittinghoff E, Scheer S, O'Malley P, Colfax G, Holmberg SD, Buchbinder SP. Combination antiretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality. *J Infect Dis* 1999;179:717-20.
- ²¹ Detels R, Munoz A, McFarlane G, et al. Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. *JAMA* 1998;280:1497-503.
- ²² Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47(RR-5):43-82. (See updates at <http://www.hivatis.org>.)
- ²³ Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47(RR-4):1-43. (See updates at <http://www.hivatis.org>.)
- ²⁴ Public Health Service Task Force recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV-1 for maternal health and for reducing perinatal HIV-1 transmission in the United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47(RR-2):1-30. (See updates at <http://www.hivatis.org>.)
- ²⁵ Chun TW, Engel D, Berrey MM, Shea T, Corey L, Fauci AS. Early establishment of a pool of latently infected, resting CD4(+) T cells during primary HIV-1 infection. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1998;95:8869-73.
- ²⁶ Chun TW, Stuyver L, Mizell SB, et al. Presence of an inducible HIV-1 latent reservoir during highly active antiretroviral therapy. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1997;94:13193-7.
- ²⁷ Finzi D, Hermankova M, Pierson T, et al. Identification of a reservoir of HIV-1 in patients on highly active antiretroviral therapy. *Science* 1997; 278:1295-300.
- ²⁸ Wong JK, Hezareh M, Gunthard HF, et al. Recovery of replication-competent HIV despite prolonged suppression of plasma viremia. *Science* 1997;278:1291-5.
- ²⁹ Durant J, Clevenbergh P, Halfon P, et al. Drug-resistance genotyping in HIV-1 therapy: the VIRADAPT randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:2195-9.
- ³⁰ Furtado MR, Callaway DS, Phair JP, et al. Persistence of HIV-1 transcription in peripheral-blood mononuclear cells in patients receiving potent antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1999;340:1614-22.
- ³¹ Zhang L, Ramratnam B, Tenner-Racz K, et al. Quantifying residual HIV-1 replication in patients receiving combination antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1999;340:1605-13.

- ³² Pomerantz RJ, Residual HIV-1 disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1999;340:1672-4.
- ³³ Finzi D, Blankson J, Siliciano JD, et al. Latent infection of CD4+ T cells provides a mechanism for lifelong persistence of HIV-1, even in patients on effective combination therapy. *Nat Med* 1999;5:512-7,
- ³⁴ Chun TW, Engel D, Mizell SB, et al. Effect of interleukin-2 on the pool of latently infected, resting CD4+ T cells in HIV-1-infected patients receiving highly active anti-retroviral therapy. *Nat Med* 1999;5:651-5.
- ³⁵ Harrigan PR, Whaley M, Montaner JS. Rate of HIV-1 RNA rebound upon stopping antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;13:F59-F62.
- ³⁶ Cooper DA, Emery S. Latent reservoirs of HIV infection: flushing with IL-2? *Nat Med* 1999;5:611-2.
- ³⁷ Coates TJ, Collins C. Preventing HIV infection. *Sci Am* 1998;279:96-7.
- ³⁸ Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
- ³⁹ Mofenson LM. Short-course zidovudine for prevention of perinatal infection. *Lancet* 1999;353:766-7
- ⁴⁰ Saba J. The results of the PETRA intervention trial to prevent perinatal transmission in sub-Saharan Africa. Chicago: Foundation for Retrovirology and Human Health, 1999. (See http://www.retroconference.org/99/lect_symposia/sym_session8.htm.) (See NAPS document no. 05531 for 19 pages, c/o Microfiche Publications, 248 Hempstead Tpke., West Hempstead, NY 11552.)
- ⁴¹ Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999;354:795-802.
- ⁴² Elias C, Coggins C. Female-controlled methods to prevent sexual transmission of HIV. *AIDS* 1996;10:Suppl 3:S43-S51.
- ⁴³ Folkers GK, Fauci AS. The role of US government agencies in vaccine research and development. *Nat Med* 1998;4:Suppl:491-4.
- ⁴⁴ Evans TG, Keefer MC, Weinhold KJ, et al. A canarypox vaccine expressing multiple human immunodeficiency virus type 1 genes given alone or with rgp 120 elicits broad and durable CD8+ cytotoxic T lymphocyte responses in seronegative volunteers. *J Infect Dis* 1999;180:290-8.
- ⁴⁵ Francis DP, Gregory T, McElrath MJ, et al. Advancing AIDSVAX to phase 3: safety, immunogenicity, and plans for phase 3. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1998;14:Suppl 3:S325-S331.

Reimpreso con autorización de The New England Journal of Medicine, 30 de septiembre de 1999. Copyright (c) 1999, Massachusetts Medical Society.

En un punto crítico

Por Peter Piot

Director ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA

Aunque en Africa el SIDA ha llegado a constituir una catástrofe total para el desarrollo, el hecho de que los políticos hayan comenzado a abordar claramente el problema y se hayan movilizado recursos internacionales significa que se ha cruzado una línea histórica en la batalla contra esta enfermedad mortal.

El SIDA es actualmente la principal causa de muerte en Africa; ha destruido más vidas (diez veces más) que las guerras libradas en ese continente durante 1998. Desde que comenzó la pandemia más de 16 millones de personas han sucumbido a la enfermedad en todo el mundo, 13,7 millones de ellas en Africa, según un estudio mundial llevado a cabo por UNAIDS y la Organización Mundial de la Salud, a finales de 1999.

Estas estadísticas asombrosas indican que el SIDA tiene todas las posibilidades de hacer retroceder el progreso en el desarrollo logrado por los africanos durante las dos últimas décadas en atención médica, educación, esperanza de vida, crecimiento económico y seguridad humana.

Estos datos fueron revelados en toda su desnudez en un estudio realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a finales de 1999. Los países africanos experimentaron un cambio descendente este año en el índice de desarrollo humano, clasificación que se basa en niveles de salud, riqueza y educación. Prácticamente todos los principales cambios en la clasificación podrían atribuirse a una expectativa de vida que disminuye debido al SIDA:

- Se espera que en el sur de Africa el promedio de la expectativa de vida al nacer, que había aumentado de 44 años, a principios de la década de 1950, a 59 en los primeros años de la década de 1990, retroceda a los 45 años entre 2005 y 2010.
- El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo calcula que actualmente menos del 50 por ciento de los sudafricanos puede esperar llegar a la edad de 60 años, comparado con un promedio de 70 por ciento para todos los países en desarrollo y 90 por ciento para los países industrializados.

Con todo, aún con estas cifras desconsoladoras me siento optimista. Creo que nos encontramos en este momento ante un viraje decisivo en los 20 años de historia de la epidemia del SIDA en Africa. Dondequiera que voy escucho a importantes líderes africanos que hablan del SIDA como la principal amenaza para el desarrollo del continente.

Hace dos meses en Ghana, por ejemplo, la primera dama Nana Konadu Agyeman Rawlings participó en la inauguración de un nuevo programa de preservativos femeninos y calificó la disponibilidad de estos dispositivos profilácticos de un "sueño mundial largamente esperado que se ha hecho realidad para los ghaneses".

Medidas audaces como la de la primera dama y las de otros líderes me dan la esperanza de que en los meses y años venideros veremos respuestas más fuertes y más eficaces al SIDA en muchos más países africanos al sur del Sahara.

Creo que se ha cruzado una línea histórica en nuestra batalla contra esta enfermedad ya que los políticos han comenzado a abordar claramente el

problema, se dedican nuevos recursos internos a programas de prevención y tratamiento y se movilizan recursos internacionales. Cuando los gobiernos comienzan a considerar el SIDA una prioridad nacional, se pueden tomar decisiones difíciles encaminadas a crear condiciones más favorables para los afectados por la epidemia y establecer mejor protección para los más pobres y vulnerables.

En Africa la "International Partnership Against AIDS" (IPAA) (Asociación Internacional Contra el SIDA) está empeñada en alcanzar esas metas mediante un esfuerzo cooperativo que incluye gobiernos nacionales, organizaciones internacionales y grupos del sector privado. Los gobiernos africanos inician el ataque con respuestas nacionales de base amplia. Organizaciones de las Naciones Unidas coordinan la respuesta mundial y ofrecen apoyo a los programas, así como apoyo financiero a los esfuerzos nacionales. Los gobiernos donantes también apoyan la acción a todos los niveles mediante su aporte al desarrollo orgánico de la asociación, además de su contribución financiera. El sector privado suministra conocimientos y recursos para ayudar a invertir el curso de la epidemia en los lugares de trabajo, entre los trabajadores sindicados y en círculos empresariales. Por último, organizaciones no gubernamentales, incluso grupos de gente afectada por el VIH, colaboran para garantizar que la asociación pertenezca a la sociedad civil local y para fortalecer las redes regionales y nacionales.

La misión de la asociación es tan grande como sencilla. Durante la próxima década ayudará a reducir el número de infecciones nuevas con VIH en Africa, promoverá la atención de los que sufren del virus y movilizará a la sociedad para detener el avance del SIDA. Los objetivos específicos que promueve la asociación son:

- ofrecer a los jóvenes de 15 a 24 años la información y la capacitación necesarias para prevenir la infección;
- proveer acceso para las mujeres embarazadas, que tienen resultados positivos en la detección del VIH, a pruebas de laboratorio de VIH, asesoramiento y medicinas que puedan mejorar la posibilidad de tener hijos sanos;

- incluir en forma activa a quienes tienen VIH/SIDA en todos los aspectos de la vida social, económica y política
- proporcionar a los niños huérfanos por causa del SIDA de los medios necesarios para que puedan desarrollarse y llevar una vida útil;
- otorgar acceso a tratamiento, de acuerdo con las normas locales establecidas, para los que han tenido resultados positivos en la prueba de detección de VIH;
- lograr que las firmas nacionales e internacionales que operan en Africa participen plenamente en la lucha contra la epidemia;
- alentar la descentralización de los programas VIH/SIDA y la participación de las comunidades;
- alentar la descentralización de los programas VIH/SIDA y la participación de las comunidades.

En una docena de países africanos los gobiernos ya han acelerado sus propias medidas para contener la enfermedad. Burkina Faso y la Costa de Marfil establecieron un fondo nacional solidario, por ejemplo.

La asociación africana también capacitará mejor a estos países para el intercambio de ideas sobre las "mejores prácticas" que ya surgen en la región al sur del Sahara. En Uganda, la educación que imparte información sobre hábitos sexuales y la salud y los programas escolares de prevención del VIH para adolescentes y jóvenes han contribuido a una reducción manifiesta en la tasa de infección (un descenso hasta del 40 por ciento en áreas urbanas).

En Senegal una respuesta rápida de base amplia a la epidemia, apoyada tanto por líderes islámicos como cristianos, ha mantenido la tasa de infección con VIH por debajo del 2 por ciento. Estudios recientes sobre el comportamiento indican que más del 60 por ciento de los hombres y 40 por ciento de las mujeres entre los 15 y 24 años de edad ahora usan preservativos en encuentros sexuales casuales.

La IPAA y asociaciones parecidas serán los cimientos sobre los que se establecerá una resistencia más eficaz a esta epidemia. Individualmente los sectores no pueden salir adelante por sí solos; el gobierno, las empresas, los pedagogos y todos los miembros activos de la sociedad deben participar para lograr el éxito. Ya hemos visto que así ha sucedido no sólo con estos programas africanos, sino en otras partes; la cooperación entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y demás funciona.

El gobierno de Tailandia demostró la importancia de las asociaciones cuando, a raíz de un estudio de 1989 según el cual 44 por ciento de las trabajadoras sexuales en Chiang Mai dio resultados positivos en la prueba del VIH, puso en marcha un programa impresionante. A pesar de que la prostitución es ilegal en Tailandia, el gobierno trabajó en colaboración con los propietarios de prostíbulos para lograr que en ellos se usen preservativos en los prostíbulos en todas las ocasiones. Lanzaron una campaña por los medios de divulgación para estimular el respeto a la mujer y disuadir a los hombres de visitar a trabajadoras sexuales y mejoraron el acceso a la atención médica para los enfermos del SIDA. Por consiguiente, ha disminuido significativamente la frecuencia del VIH, especialmente entre los jóvenes.

Los casos en que se ha tenido éxito, como éstos, pueden ayudar a los países y a las comunidades a orientar sus propias decisiones en cuanto a programas futuros. Es necesario que trabajemos con mayor ahínco para que se compartan las "mejores prácticas" en la lucha contra esta enfermedad.

Hemos aprendido que el éxito en la reducción de la transmisión no es aleatorio; los programas de prevención del VIH más eficaces tienen componentes claves. Se benefician del compromiso de políticos importantes y obran en muchos niveles simultáneamente, mediante la promoción de un comportamiento seguro y el suministro de atención y apoyo para la gente afectada por el VIH. Ofrecen una amplia gama de medidas de prevención, entre ellas el acceso a preservativos baratos y de alta calidad; orientación y pruebas de laboratorio confidenciales; prevención de la

transmisión de la madre al niño y pronto tratamiento para otras enfermedades transmitidas por contacto sexual, que multiplican el riesgo de contraer la infección con VIH. Otros elementos críticos son la educación a largo plazo y las campañas por los medios de divulgación para lograr que el público se informe ampliamente sobre el VIH, especialmente los jóvenes, entre quienes se registra más de la mitad de todas las infecciones actualmente. Finalmente, las comunidades afectadas y los infectados con el VIH participan activamente en la planificación y ejecución de programas sobre el SIDA.

La atención de esta población joven (durante los años de mayor actividad y experimentación sexual) es crítica. Aproximadamente la mitad de todos los casos nuevos de infección con el VIH ocurre entre jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad. Aunque los jóvenes pueden constituir la población más vulnerable, también encontramos que son los que están más dispuestos a recibir información sobre prevención y a adoptar un comportamiento más responsable.

Fuera de la explicación de lo que es la enfermedad y la forma en que se transmite, es importante también contrarrestar conceptos perjudiciales de masculinidad, incluso la actitud de los hombres en cuanto al riesgo y la sexualidad y la manera en que se adapta al niño para su papel de adulto en la sociedad. Al mismo tiempo, es preciso educar a las jóvenes para que estén concientes de su vulnerabilidad a la infección, de la responsabilidad de protegerse a sí mismas y de su derecho de insistir en la protección en las relaciones sexuales.

Los programas de prevención nos ayudarán a contener futuras infecciones con VIH, pero no debemos olvidar las necesidades de más de 33 millones de personas infectadas que necesitan nuestra atención ahora. La Secretaría de UNAIDS y la OMS están haciendo lo posible para ofrecer asesoramiento bien fundamentada y apoyo a los países, a fin de ayudar en la creación de sistemas de salud que puedan responder a la epidemia y en la búsqueda de métodos que aseguren que las iniciativas para la atención médica, a nivel comunitario, sean estimuladas y apoyadas.

Con este propósito hemos dado comienzo a un nuevo diálogo, junto con la OMS, UNICEF, el Banco Mundial y UNFPA, con cinco compañías internacionales de productos farmacéuticos con el objeto de explorar la forma de acelerar y mejorar la provisión de atención y tratamiento para el VIH y el SIDA, en los países en desarrollo. Las compañías farmacéuticas que participan, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Glaxo Wellcome, Merck & Co. y F. Hoffmann-La Roche, han expresado su disposición de colaborar con otros interesados para hallar la forma de ampliar el acceso a la atención médica y los tratamientos, asegurando al mismo tiempo el uso sensato, accesible, seguro y efectivo de las drogas utilizadas para enfermedades relacionadas con el VIH y el SIDA. Estas compañías han ofrecido, individualmente, mejorar el acceso y disponibilidad de una variedad de medicinas. Otras compañías farmacéuticas han expresado interés también en cooperar en este empeño.

Con todo, éste es sólo un paso para mejorar la vida de las personas infectadas con HIV. Es preciso asegurarse que la reducción de los precios de algunas medicinas estimule la creación de estrategias más completas para la atención médica. Reconocemos que aún a precios con grandes descuentos el costo de terapias antirretrovirales seguirán estando más allá del alcance de los

subsidios del sector público y por tanto no estarán disponibles para la mayoría.

Este momento ofrece una gran oportunidad en lo que se refiere al SIDA en el mundo en desarrollo, un momento de oportunidad política, como lo demuestra el sólido compromiso, por parte de varios jefes de Estado, de hacerle frente al SIDA, así como los debates sobre la enfermedad en África que tuvieron lugar en el Consejo de Seguridad de la ONU en enero del 2.000, iniciados por el embajador Richard Holbrooke, y en el Comité de Desarrollo del Banco Mundial y el FMI, en abril pasado. Es también un momento oportuno en lo que respecta a los recursos, ya que el gobierno de Estados Unidos y otros donantes han aumentado la financiación para los programas sobre el SIDA en el mundo en desarrollo. África, solamente, requerirá de 1.600 a 2.000 millones de dólares al año para lograr programas de prevención efectivos y atención médica básica.

Sin embargo, en medio de todo este análisis de costos, programas, estrategias y cooperación multisectorial, hay algo que no aparece, quizá lo más precioso, la esperanza, elemento ciertamente esencial para hacer retroceder esta epidemia consternante. Es mi tarea, y la de quienes toman parte en esta lucha, mantener viva esa esperanza.

informes y documentos

Información básica: la infección con el VIH y el SIDA

La hoja informativa que va a continuación, preparada por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID), que es parte de los Institutos Nacionales de la Salud, ofrece información básica sobre el SIDA, incluyendo cómo se lo transmite, diagnostica, trata y previene.

Panorama general

El SIDA se detectó por primera vez en Estados Unidos en 1981, y desde entonces se ha convertido en una epidemia importante de alcance mundial. El SIDA lo causa el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Al ir matando o dañando las células del sistema inmunitario del cuerpo, el VIH destruye progresivamente la capacidad del organismo de luchar contra las infecciones y ciertos tipos de cáncer. Las personas a quienes se les diagnostica el SIDA pueden sufrir enfermedades que ponen en peligro la vida, llamadas infecciones oportunistas, causadas por microbios tales como virus o bacterias que, normalmente, no enferman a un individuo sano.

Desde 1981 se han informado en Estados Unidos más de 700.000 casos de SIDA, y tantos como

900.000 norteamericanos pueden estar infectados con el VIH. La epidemia aumenta más rápidamente entre las poblaciones de las minorías étnicas, y es una de las principales causas de muerte entre los varones afronorteamericanos. Según el Centro de Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el SIDA afecta seis veces más afronorteamericanos que norteamericanos blancos, y tres veces más hispanicos que blancos.

Transmisión

El VIH se propaga más comúnmente al tener relaciones sexuales con una pareja infectada. El virus puede entrar en el cuerpo durante el acto sexual a través de la mucosa que reviste la vagina, la vulva, el pene, el recto o la boca.

El VIH se propaga también a través del contacto con sangre infectada. Antes de que se hicieran exámenes de sangre para encontrar pruebas de infección con el VIH y antes de que se introdujeran técnicas de tratamiento térmico para destruirlo en productos que contenían sangre, el VIH se transmitía a través de transfusiones de sangre o componentes de sangre contaminados. Hoy, gracias a los exámenes de sangre y el tratamiento térmico, el riesgo de infectarse con el VIH como resultado de una transfusión es extremadamente bajo.

El VIH se propaga con frecuencia entre los que se inyectan drogas y comparten agujas o jeringuillas contaminadas con muy pequeñas cantidades de sangre proveniente de alguien infectado con el virus. Es raro, sin embargo, que un paciente le transmita al virus a un trabajador médico, o a la inversa, si se pincha accidentalmente con agujas u otros instrumentos médicos contaminados.

Las mujeres pueden transmitirles el VIH a sus bebés durante el embarazo o el parto. Alrededor de un cuarto a un tercio de todas las mujeres embarazadas infectadas con el VIH les transmitirán la infección a sus bebés. El VIH puede también infectar a los bebés a través de la leche si sus madres están infectadas con el virus. Si la madre toma la medicina AZT durante el embarazo, puede reducir significativamente las probabilidades de que su bebé se infecte con el VIH. Si los médicos tratan a las madres con AZT y el parto se lleva a cabo mediante cesárea, las probabilidades de que el bebé se infecte se reducen a una tasa del 1 por ciento.

Un estudio patrocinado por el NIAID en Uganda encontró un método sumamente efectivo y libre de riesgos para prevenir la transmisión del VIH de la madre al recién nacido, que es económicamente más accesible y práctico que cualquier otro que se haya examinado hasta ahora. Los resultados provisionales del estudio demuestran que una sola dosis oral de la droga antirretroviral nevirapina (NVP) administrada durante el parto a una mujer infectada, y otra administrada al bebé durante los tres días que siguen al nacimiento, reduce a la mitad la tasa de transmisión, en comparación con una administración breve similar de AZT.

Aunque los investigadores han detectado el VIH en la saliva de individuos infectados, no hay pruebas de que el virus se transmita por el contacto con la saliva. Los estudios de laboratorio revelan que la saliva tiene propiedades naturales que limitan el poder de infección del VIH. Estudios hechos en personas infectadas con el VIH no han encontrado pruebas de que el virus se transmita a otros a través de la saliva, como ocurre al besar. Los científicos tampoco han encontrado pruebas de que el VIH se transmita a través del sudor, las lágrimas, la orina o las heces fecales.

Estudios hechos en familias de personas infectadas con el VIH han demostrado con claridad que el virus no se transmite a través del contacto casual como, por ejemplo, al compartir cubiertos, toallas o ropa de cama, piscinas de natación, teléfonos o asientos de inodoros. Las picaduras de insectos como mosquitos o chinches no transmiten el VIH.

El VIH puede infectar a cualquiera que practique comportamientos peligrosos tales como: compartir agujas o jeringuillas; tener contacto sexual con una persona infectada sin usar preservativos o tenerlo con alguien cuya condición en relación con el VIH no se conoce.

Padecer de una enfermedad de transmisión sexual como sífilis, herpes genital, infección clamidiana, gonorrea o vaginosis bacteriana parece hacer a la gente más susceptible de infectarse con el VIH si mantiene relaciones sexuales con una pareja infectada.

Síntomas tempranos

Mucha gente no desarrolla síntomas luego de su infección inicial con el VIH. Algunos, sin embargo, sufren de una enfermedad parecida a la influenza en el plazo de uno o dos meses después de haber estado expuestos al virus. Esta dolencia puede incluir fiebre, dolor de cabeza, cansancio e hinchazón de los nódulos linfáticos (los órganos del sistema inmunitario que son fáciles de notar en el cuello y la ingle). Estos síntomas desaparecen, por lo general, en el término de una semana a un mes y a menudo se los confunde con los de otra infección viral.

Los síntomas más persistentes o severos pueden no salir a la superficie durante una década o más después que el VIH entra por primera vez en el organismo, o después de dos años en niños nacidos con infección de VIH. Este periodo de infección "asintomática" varía mucho según de una persona a otra. Algunas pueden comenzar a sentir los síntomas en unos pocos meses, en tanto que otras pueden mantenerse libres de síntomas más de 10 años. Durante el periodo asintomático, sin embargo, el virus se multiplica activamente, infectando y matando células del sistema inmunitario. El efecto del VIH se observa de manera más obvia en una declinación de los niveles

sanguíneos de células CD4+ T (llamadas también células T4), los combatientes claves del sistema inmunitario. Al comienzo de su vida en el cuerpo humano, el virus incapacita o destruye estas células sin causar síntomas.

A medida que el sistema inmunitario se deteriora, empieza a apoderarse del organismo una diversidad de complicaciones. Para muchas personas, la primera señal de infección es el agrandamiento de los nódulos linfáticos o "ganglios hinchados" que pueden permanecer agrandados más de tres meses. Otros síntomas que se experimentan a menudo antes que se presente el SIDA incluyen: falta de energía, pérdida de peso, fiebre y sudores frecuentes, micosis (orales o vaginales), sarpullido o escamado de la piel persistente, enfermedades inflamatorias de la pelvis (en la mujer) que no responden al tratamiento, y pérdida de la memoria de corto plazo.

Algunas personas desarrollan infecciones de herpes frecuentes y severas que causan llagas en la boca, los genitales o el ano, o una dolorosa enfermedad de los nervios conocida como culebrilla. En el caso de los niños, pueden crecer con lentitud o pasar mucho tiempo enfermos.

SIDA

El término SIDA se aplica a las etapas más avanzadas de la infección con el VIH. Los criterios oficiales para definir el SIDA los determina el CDC de Atlanta, Georgia, que es responsable de rastrear la propagación del SIDA en Estados Unidos.

La definición del SIDA dada por el CDC incluye a todos los individuos infectados con el VIH que tienen menos de 200 células CD4+ T por milímetro cúbico de sangre. (Los adultos sanos tienen normalmente conteos de 1.000 o más células CD4+ T). Además, la definición incluye 26 condiciones clínicas que afectan a las personas con enfermedad del VIH avanzada. La mayoría de estas condiciones son infecciones oportunistas, que raramente perjudican a la gente sana. En los enfermos de SIDA estas infecciones son a menudo severas y en ocasiones fatales, porque el sistema inmunitario ha quedado tan devastado por el VIH que el cuerpo no puede luchar contra ciertas

bacterias, virus, hongos, parásitos y otros microbios.

Las infecciones oportunistas más comunes en quienes sufren de SIDA causan síntomas como: tos y fatiga respiratoria, desvanecimientos y falta de coordinación, dificultad o dolor al tragar, síntomas mentales como confusión y pérdida de memoria, diarrea severa y persistente, pérdida de visión, náusea, calambres abdominales y vómitos, pérdida de peso y fatiga extremada, fuerte dolor de cabeza y coma.

Aunque los niños enfermos de SIDA pueden sufrir las mismas infecciones oportunistas que los adultos, experimentan también formas graves de las infecciones bacterianas que todos los niños pueden sufrir, tales como conjuntivitis (ojos enrojecidos), infecciones del oído y amigdalitis.

Los pacientes de SIDA son particularmente propensos a desarrollar diversos tipos de cáncer, especialmente aquellos causados por virus, como el sarcoma de Kaposi y el cáncer cervical, o cánceres del sistema inmunitario conocidos como linfomas. En los enfermos de SIDA estos cánceres son por lo general más agresivos y difíciles de tratar. Los signos del cáncer de Kaposi, en las personas de piel clara, son manchas redondas, pardas o rojizas, que se desarrollan en la piel o en la boca. En las personas de piel oscura, las manchas aparecen más pigmentadas.

Mucha gente se debilita tanto por culpa de los síntomas del SIDA que no puede desempeñar empleos permanentes o hacer tareas domésticas. Otros pueden experimentar fases de enfermedades intensas que ponen en peligro la vida, seguidas de fases en las que los enfermos funcionan normalmente.

Un pequeño número de personas (menos de 50), infectadas inicialmente con el VIH hace diez años o más, no han desarrollado síntomas del SIDA. Los científicos tratan de determinar qué factores pueden ser responsables de esta falta de progreso de la enfermedad, ya se deba a características particulares de sus sistemas inmunitarios, al hecho de que se infectaron con una cepa menos agresiva del virus o a que sus genes pueden protegerlos de los efectos del VIH. Los científicos confían en que

comprender los métodos naturales de control que posee el cuerpo puede conducir a vacunas que protejan contra el VIH y al uso de vacunas para impedir que la enfermedad progrese.

Diagnóstico

Debido a que a menudo la infección con el VIH no causa síntomas al principio, un médico u otro profesional de la salud normalmente sólo puede diagnosticarla si examina la sangre de una persona para establecer la presencia de anticuerpos (proteínas que luchan contra las enfermedades) del VIH. Los anticuerpos del VIH generalmente no alcanzan en la sangre, hasta que pasan de uno a tres meses después de la infección, niveles que le permitan a un médico apreciarlos, y pueden pasar hasta seis meses antes que los anticuerpos se produzcan en cantidades lo bastante grandes como para aparecer en los exámenes de sangre corrientes.

Las personas expuestas al virus deberían hacerse una prueba de VIH tan pronto como haya probabilidades de que desarrollen anticuerpos del virus. Al someterse a exámenes tempranos pueden obtener el tratamiento adecuado en un momento en que sus sistemas inmunitarios tienen el máximo de capacidad para combatir el VIH y, de esa manera, impedir que surjan ciertas infecciones oportunistas (ver **Tratamiento**, más abajo). Los exámenes tempranos también advierten a la gente infectada con el VIH que evite comportamientos de alto riesgo que pueden transmitirles el virus a otros.

Los médicos diagnostican la infección con el VIH usando dos tipos de exámenes de anticuerpos, ELISA y Western Blot. Si alguien tiene grandes probabilidades de haber sido infectado con el VIH y aun así ambas pruebas dan negativo, el médico puede buscar el VIH mismo en la sangre. También se le puede pedir a esa persona que repita el examen más adelante, cuando es más probable que hayan aparecido los anticuerpos del VIH.

Los bebés nacidos de madres infectadas con el VIH pueden estar infectados o no con el virus, pero todos llevan consigo, durante varios meses, los anticuerpos del VIH de sus madres. Si estos bebés no presentan síntomas, el diagnóstico de la infección con el VIH usando los exámenes de

anticuerpos corrientes no puede hacerse hasta pasados los 15 meses de edad. Para ese entonces, es improbable que los bebés lleven consigo todavía los anticuerpos de sus madres, y habrán desarrollado sus propios anticuerpos si están infectados. En bebés de 3 a 15 meses se usan nuevas tecnologías para detectar el VIH mismo, que son más precisas en la determinación de la infección con el virus. En estos momentos están en proceso de evaluación varios exámenes de sangre para determinar si pueden diagnosticar la infección con el VIH en bebés de menos de tres meses.

Tratamiento

Cuando el SIDA apareció por primera vez en Estados Unidos, no había disponibles medicinas para combatir la deficiencia inmunitaria subyacente, y había pocos tratamientos para las enfermedades oportunistas resultantes. Pero en los últimos 10 años los investigadores han desarrollado tratamientos para combatir tanto la infección con el VIH como las infecciones y cánceres asociados con ella.

La Administración de Alimentos y Fármacos ha aprobado varias medicinas para tratar la infección con el VIH. El primer grupo de fármacos que se usaron para tratar la infección con el VIH, llamados inhibidores nucleósidos de transcriptasa invertidos (TR), interrumpían una etapa temprana de duplicación del virus. Se incluyen en esta clase de fármacos (llamados análogos nucleósidos) el AZT (llamado también zidovudina o ZDV), el ddC (zalcitabina), el ddI (dideoxinosina), el d4T (estavudina) y el 3TC (lamivudina). Estas drogas pueden retardar la propagación del VIH en el cuerpo y demorar la aparición de infecciones oportunistas.

Más recientemente, se ha aprobado una segunda clase de fármacos para tratar la infección con el VIH. Estos fármacos, llamados inhibidores de proteasa, interrumpen la duplicación del virus en una etapa posterior de su ciclo vital. Incluyen los siguientes: ritonavir (Norvir), saquinavir (Invirase), indinavir (Crixivan), amprenavir (Agenerase), y nelfinavir (Viracept). Debido a que el VIH puede adquirir resistencia a ambas clases de fármacos, para suprimirlo efectivamente se necesita un tratamiento de combinación que use las dos.

Sin embargo, las medicinas antirretrovirales de que se dispone actualmente no curan a las personas con VIH o SIDA, y todas tienen efectos secundarios que pueden ser severos. Algunos de los inhibidores TR nucleósidos pueden causar un agotamiento de los glóbulos rojos o blancos, especialmente cuando se toman en las etapas avanzadas de la enfermedad. Algunas pueden causar también inflamación del páncreas y dañar dolorosamente los nervios. Otras complicaciones, incluyendo la acidosis láctica y la hepatomegalia severa (hígado agrandado) con estosis (hígado grasoso) pueden resultar en una falla hepática y se ha informado también de muertes debidas al uso de análogos nucleósidos antirretrovirales solos o en combinación, incluyendo el AZT, ddI, ddC, 3TC y abacavir.

Los efectos secundarios más comunes asociados con los inhibidores de proteasa incluyen náusea, diarrea y otros síntomas gastrointestinales. Además, los inhibidores de proteasa pueden interactuar con otros fármacos, lo que resulta en efectos secundarios graves.

Los investigadores le han reconocido a la terapia antirretroviral sumamente activa, o TARSA, el ser un factor importante en la reducción en un 47 por ciento en el número de muertes debidas al SIDA en este país. La TARSA es una combinación de varios fármacos, que incluyen inhibidores de transcriptasa invertidos y los inhibidores de proteasa. Los pacientes que se han infectado recientemente con el VIH, al igual que los pacientes de SIDA, pueden recibir la combinación.

La TARSA no es una cura. La salud de los pacientes de VIH y SIDA se ha beneficiado radicalmente con la combinación de inhibidores de proteasa con otros fármacos contra el SIDA, pero hay algunos aspectos negativos. También, aunque es posible que en los pacientes tratados exitosamente con la TARSA no se encuentre el virus, los investigadores saben que todavía está presente, acechando desde escondites como los nódulos linfáticos, el cerebro, los testículos y la retina del ojo.

Están disponibles varias medicinas para ayudar a tratar las infecciones oportunistas a las que son especialmente propensos los individuos infectados con el VIH. Estas medicinas incluyen foscarnet y ganciclovir, que se usan para tratar infecciones

oculares con cytomegalovirus, fluconazole para tratar micosis y otras infecciones debidas a hongos, y trimethoprim/sulfamethoxazola (TMP/SMX) o pentamidina para tratar la neumonia neumocística Carinii (NNC).

Además de la terapia antirretroviral, a los adultos infectados con VIH cuyo conteo de células CD4+ T está por debajo de 200 se los trata para impedir que ocurra la NNC, que es una de las infecciones oportunistas asociadas con el VIH más comunes y mortíferas.

Prevención

Debido a que no hay disponible ninguna vacuna contra el VIH, la única manera de prevenir la infección con el virus es evitar los comportamientos que ponen a un individuo en peligro de infectarse, tales como compartir agujas de inyección o tener relaciones sexuales no protegidas.

Muchas personas infectadas con el VIH no presentan síntomas. Por lo tanto, no hay manera de saber con certeza si una pareja sexual está infectada, a menos que haya dado negativo, repetidamente, en las pruebas del virus, y no haya incurrido en ningún comportamiento riesgoso.

La gente debe abstenerse de mantener relaciones sexuales, o bien usar preservativos de caucho natural, que ofrecen protección parcial, durante el contacto sexual oral, anal o vaginal. Sólo deben usarse preservativos de caucho natural, y con ellos deben usarse lubricantes con base de agua.

Aunque algunas pruebas de laboratorio demuestran que los espermicidas pueden destruir el VIH, los investigadores no han encontrado que estos productos puedan impedir que alguien se infecte con el VIH.

Investigación

Los investigadores patrocinados por el NIAID llevan a cabo investigación abundante sobre la infección con el VIH, incluyendo el desarrollo y ensayo de vacunas contra el VIH y nuevas terapias para la enfermedad y algunas de las condiciones

asociadas con ella. Se ensayan en pacientes humanos 28 vacunas contra el VIH, y muchas medicinas para la infección con el VIH o las infecciones oportunistas asociadas con él se encuentran en proceso de desarrollo o de ensayo. Los investigadores tratan también de determinar con exactitud cómo daña el VIH el sistema inmunitario. Esta investigación sugiere objetivos nuevos y más efectivos para los fármacos y vacunas. Los investigadores patrocinados por el NIAID siguen rastreando también los progresos que hace la enfermedad en diferentes personas.

Los científicos investigan y ensayan barreras químicas, tales como los microbicidas tópicos, que pueden aplicarse en la vagina o el recto durante el acto sexual para prevenir la transmisión del VIH. Examinan también otras maneras de prevenir la transmisión, tales como controlar las enfermedades de transmisión sexual y modificar el comportamiento de los individuos, al igual que las maneras de impedir la transmisión de madre a hijo.

Hay información adicional disponible en <http://www.niaid.nih.gov/>

Respuesta a los escépticos: réplicas a los argumentos de que el VIH no causa el SIDA

La siguiente hoja informativa, preparada por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID), que pertenece a los Institutos Nacionales de la Salud, refuta muchos de los mitos sobre la epidemia del SIDA.

MITO: Los análisis de anticuerpos del VIH no son de fiar.

HECHO: El diagnóstico de infección por medio del análisis de anticuerpos es uno de los conceptos mejor establecidos en la medicina. Los análisis de anticuerpos del VIH exceden el desempeño de la mayoría de los otros análisis de enfermedades infecciosas tanto en sensibilidad (la capacidad del análisis de selección para dar una determinación positiva cuando la persona verdaderamente tiene la infección) como en especificidad (la capacidad del análisis para dar una determinación negativa cuando las personas sometidas a la prueba no tienen la enfermedad que se estudia). Los análisis actuales de anticuerpos del VIH tienen una sensibilidad y especificidad superior al 98 por ciento y por lo tanto son sumamente de confianza. (OMS, 1998; Sloand et al. JAMA 1991;266:2861).

Los progresos en la metodología de análisis también han hecho posible la detección de material genético viral, antígenos y el propio virus en células y fluidos corporales. Aunque no se usan ampliamente en el análisis de rutina debido al alto costo y a los requisitos de equipo de laboratorio, estas técnicas de análisis directo han confirmado la validez de los análisis de anticuerpos. (Jackson et

al. J Clin Microbiol 1990;28:16; Busch et al. NEJM 1991;325:1; Silvester et al. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1995;8:411; Urassa et al. J Clin Virol 1999;14:25; Nkengasong et al. AIDS 1999;13:109; Samdal et al. Clin Diagn Virol 1996;7:55).

MITO: No hay SIDA en Africa. El SIDA no es otra cosa que un nombre nuevo para enfermedades viejas.

HECHO: Las enfermedades que se ha llegado a asociar con el SIDA en Africa – como el síndrome de consunción, las enfermedades diarreicas y la tuberculosis– han sido allí cargas muy pesadas desde hace mucho tiempo. Sin embargo, las altas tasas de mortalidad de estas enfermedades, anteriormente confinadas a los ancianos y a los desnutridos, ahora son comunes entre las personas jóvenes y de edad intermedia infectadas con el VIH. (UNAIDS, 1999)

Por ejemplo, en un estudio en Costa de Marfil, los individuos con diagnóstico de VIH seropositivo que padecían de tuberculosis pulmonar (TB) tenían 17 veces más posibilidades de morir dentro de los seis meses que los individuos con diagnóstico VIH seronegativo enfermos de TB pulmonar (Ackah et al. Lancet 1995; 345:607). En Malawi, la mortalidad en un período de más de tres años entre niños que habían recibido las vacunas recomendadas para las enfermedades infantiles y que sobrevivieron al primer año de vida fue 9,5 veces más alta entre los VIH seropositivos que entre los VIH seronegativos. Las causas principales de muerte fueron consunción y condiciones respiratorias. (Taha et al. Pediatr Infect Dis J 1999;18:689). En otras partes de Africa las determinaciones fueron similares.

MITO: El VIH no puede ser la causa del SIDA porque los científicos son incapaces de explicar la manera precisa en que el VIH destruye al sistema inmunitario.

HECHO: Es mucho lo que se sabe sobre la patogenia de la enfermedad del VIH aunque quedan todavía importantes detalles por aclarar. Sin embargo, una comprensión completa de la patogenia de una enfermedad no es requisito esencial para conocer su causa. La mayoría de los agentes infecciosos fueron sidos asociados con la enfermedad que ellos causan mucho tiempo antes de que se hubieran descubierto sus mecanismos patogénicos. Debido a que los estudios de patogenia son difíciles cuando no hay disponibles modelos animales precisos, no se comprende mucho cómo funcionan los mecanismos que causan las enfermedades en muchos casos, incluso la tuberculosis y la hepatitis B. El razonamiento de los críticos podría conducir a la conclusión de que el bacilo de Koch no causa la tuberculosis o que el virus de la hepatitis B no es el causante de la enfermedad hepática (Evans. *Yale J Biol Med* 1982;55:193).

MITO: El SIDA es causado por el AZT y otras medicinas antirretrovirales, no por el VIH.

HECHO: La vasta mayoría de las personas con SIDA nunca recibió medicinas antirretrovirales, incluso las que se encontraban en países desarrollados antes del licenciamiento del AZT en 1987, y las personas en los países en desarrollo donde aún hoy son pocos los individuos que tienen acceso a estas medicinas. (UNAIDS, 1999)

Como ocurre con las medicinas para cualquier enfermedad grave, las drogas antirretrovirales pueden tener efectos secundarios tóxicos. Sin embargo, no hay pruebas de que las medicinas antirretrovirales causen la supresión inmunitaria severa que tipifica al SIDA, mientras que abundan las pruebas de que la terapia antirretroviral, aplicada conforme a las pautas establecidas, puede mejorar el tiempo y calidad de vida de los individuos infectados con el VIH. (Pautas para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con el VIH, 2000).

En la década de 1980, los estudios clínicos en pruebas con pacientes con SIDA determinaron que el AZT administrado como terapia con una sola medicina confería una modesta (y breve) ventaja de supervivencia en comparación con el uso de un placebo. Entre los pacientes infectados con el VIH que todavía no habían desarrollado el SIDA, las pruebas controladas con placebos determinaron que el AZT administrado como terapia de una sola medicina demoraban un año o dos el comienzo de enfermedades relacionadas con el SIDA. Significativamente, los estudios a largo plazo de estas pruebas no mostraron un beneficio prolongado del AZT, pero nunca indicaron que la droga aumentase el progreso o la mortalidad de la enfermedad. La ausencia en estas pruebas controladas con placebos de casos excesivos o de muertes de SIDA debidas al uso del AZT contrarresta efectivamente el argumento de que el AZT causa el SIDA (NIAID, 1995).

Estudios clínicos subsiguientes determinaron que los pacientes que recibían combinaciones de dos medicinas tenían hasta el 50 por ciento de aumento en el tiempo de progresión hacia el SIDA y de supervivencia al ser comparados con personas que recibían tratamiento de una sola medicina. En años más recientes, los tratamientos con una combinación de tres medicinas han producido del 50 al 80 por ciento de mejora adicional en la progresión hacia el SIDA y la supervivencia en comparación con los regímenes de dos medicinas en los estudios clínicos. (Deeks, Volberding, 1999). El uso de terapias con potentes combinaciones contra el VIH ha contribuido a una reducción drástica en la frecuencia de muertes debidas al SIDA y relacionadas con esta enfermedad en sectores de la población donde estas medicinas son ampliamente asequibles, un efecto que claramente no se vería si el SIDA fuese causado por drogas antirretrovirales. (Cuadro 1; CDC. Informe de Vigilancia del VIH y el SIDA 1999;11[2]:1; CDC MMWR 1999;48:1; Palella et al. *NEJM* 1998;338:853; Mocroft et al. *Lancet* 1998;352:1725; Vittinghoff et al. *J Infect Dis* 1999;179:717; Detels et al. *JAMA* 1998;280:1497).

MITO: Los factores de comportamiento como el uso recreativo de drogas y la multiplicidad de parejas sexuales son responsables del SIDA.

HECHO: La atribución del SIDA a causas de comportamiento, como tener múltiples parejas sexuales y el uso recreativo de drogas durante mucho tiempo, ha existido desde hace muchos años. La epidemia de SIDA, caracterizada por la ocurrencia de infecciones oportunistas que antes eran muy raras, como la neumonía *Pneumocystis carinii* (PCP) no ocurrió en Estados Unidos hasta que un virus humano previamente desconocido – el VIH – se propagó a través de ciertas comunidades. (NIAID, 1995a. NIAID 1995b).

Recientes estudios que han seguido a grupos de hombres homosexuales durante largos períodos de tiempo proveen pruebas convincentes contra la hipótesis de que el SIDA es causado por factores de comportamiento, y determinaron que sólo los hombres con el VIH seropositivo desarrollan el SIDA.

Por ejemplo, en un grupo de estudio futuro en Vancouver, 715 hombres homosexuales fueron seguidos por una media de 8,6 años. Entre los 365 individuos infectados con el VIH, 136 desarrollaron el SIDA. Ninguna enfermedad relacionada con el SIDA se presentó entre los 350 que eran VIH seronegativos a pesar del hecho de que estos hombres informaron sobre un uso apreciable de nitritos ("poppers") y otras drogas recreativas, y fueron receptores en frecuentes actos de coito anal.

Otros estudios muestran que entre los hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables, el déficit específico de inmunidad que conduce al SIDA – una pérdida progresiva y sostenida de células CD4+ T – es extremadamente raro en ausencia de otras condiciones de supresión inmunitaria. Por ejemplo, en el Estudio de Grupo de SIDA Multicentros, más de 22.000 determinaciones de células T en 2.713 hombres homosexuales VIH seropositivos revelaron la presencia de solamente un individuo con una cuenta de células CD4+ T persistentemente más baja que las 300 células por milímetro cúbico (mm³) de sangre, y este individuo estaba recibiendo terapia contra la supresión inmunitaria. (Vermund et al. NEJM 1993;328:442).

En un estudio de 229 usuarios de drogas inyectables que eran VIH seronegativos en la ciudad de Nueva York, las cuentas medias de

células CD4+ T del grupo estuvieron constantemente por encima de las 1.000 células por mm³ de sangre. Sólo dos individuos tuvieron cuentas de células CD4+ T de menos de 300/mm³ de sangre, uno de los cuales murió de una enfermedad al corazón y linfoma non-Hodgkin (Des Jarlais et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1993;6:820).

MITO: El SIDA entre recipientes de transfusiones de sangre se debe a las enfermedades que hicieron necesaria la transfusión, más que al VIH.

HECHO: Esta noción es contradicha por un informe del Grupo de Estudio de Seguridad en las Transfusiones (TSSG), el cual comparó a personas VIH seronegativas y VIH seropositivas que habían recibido transfusiones de sangre por enfermedades similares. Aproximadamente tres años después de las transfusiones, el conteo medio de células CD4+ T en 64 recipientes VIH seronegativos fue de 850 por mm³ de sangre, mientras que los VIH seropositivos tenían un promedio de conteo de CD4+ T de 375 por mm³ de sangre. Hasta 1993 hubo 37 casos de SIDA en el grupo infectado con el VIH, pero ni una sola enfermedad definitiva del SIDA en los recipientes VIH seronegativos de las transfusiones. (Donegan et al. Ann Intern Med 1990;113:733; Cohen. Science 1994;266:1645).

MITO: El alto uso de concentrado de factor coagulante, no el VIH, conduce al agotamiento de células CD4+ T y al SIDA en los hemofílicos.

HECHO: Muchos estudios contradicen esta opinión. Por ejemplo, entre los pacientes de hemofilia A que son VIH seronegativos y están registrados en el Estudio de Seguridad en las Transfusiones, no se percibieron diferencias importantes en la cuenta de células CD4+ T, entre 79 pacientes con terapia de factor mínima o inexistente, y 52 con la cantidad mayor de tratamientos vitalicios. Los pacientes de ambos grupos tuvieron conteos de células CD4+ T dentro de los parámetros normales (Hasset et al. Blood 1993;82:1351). En otro informe del Estudio de Seguridad en las Transfusiones, no se vieron casos de enfermedades definitivas del SIDA entre los 402 hemofílicos VIH seronegativos que habían recibido terapia de factor (Aledort et al. NEJM 1993;328:1128).

En un grupo en el Reino Unido, los investigadores compararon 17 hemofílicos VIH seropositivos con 17 hemofílicos seronegativos en relación con el uso de concentrado de factor coagulante durante un período de 10 años. Durante este tiempo, se registraron 16 casos clínicos definitorios del SIDA en nueve pacientes, todos ellos VIH seropositivos. No se registraron enfermedades definitorias del SIDA en los pacientes VIH negativos. En cada par, el conteo medio de células CD4+ T durante los estudios posteriores fue en promedio 500 por mm³ más baja en los pacientes VIH seropositivos. (Sabin et al. BMJ 1996;312:207).

Entre los hemofílicos infectados con el VIH, los investigadores del Estudio de Seguridad en las Transfusiones determinaron que ni la pureza ni la cantidad de terapia con el Factor VIII tuvo un efecto perjudicial en el conteo de células CD4+ T. (Gjerset et al., Blood 1994;84:1666). De la misma manera, el Estudio de Grupos Multicentros de Hemofilia no encontró asociación entre la dosis acumulativa de plasma concentrado y la frecuencia del SIDA entre hemofílicos infectados con el VIH. (Goedert et al. NEJM 1989;321:1141).

MITO: La distribución de casos de SIDA pone en tela de juicio que el VIH se la causa. Los virus no atacan específicamente a personas de un mismo sexo y, sin embargo, hay una proporción pequeña de casos de SIDA entre las mujeres.

HECHO: La distribución de casos de SIDA, ya sea en Estados Unidos o en cualquier otra parte del mundo, refleja invariablemente el predominio del VIH en un sector de la población. En Estados Unidos, el VIH apareció primero en sectores de la población de hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables, la mayoría de los cuales son hombres. Debido a que el VIH se contagia primordialmente por medio de actos sexuales o por el intercambio de agujas contaminadas con el VIH durante la aplicación de drogas inyectables, no es sorprendente que la mayoría de los casos de SIDA en Estados Unidos haya ocurrido entre hombres (Oficina Nacional del Censo, E.U. 1999; UNAIDS, 1999).

Cada vez más, sin embargo, las mujeres de Estados Unidos se están infectando con el VIH,

generalmente por medio del intercambio de agujas contaminadas con el VIH o actos sexuales con hombres infectados con el VIH. Los Centros de Control de Enfermedades (CDC) estiman que el 30 por ciento de las infecciones nuevas con el VIH en Estados Unidos en 1998 se dieron en mujeres. A medida que aumenta la cantidad de mujeres contaminadas con el VIH, también ha aumentado la cantidad de mujeres enfermas de SIDA en Estados Unidos. Aproximadamente el 23 por ciento de los casos de SIDA entre adultos y adolescentes en Estados Unidos informados a los CDC en 1998 afectaron a mujeres. En 1998 el SIDA fue la quinta causa importante de muerte entre las mujeres de 25 a 44 años en Estados Unidos, y la tercera causa principal de muerte entre mujeres afroamericanas en ese grupo de edad (Hoja informativa de NIAID: Estadísticas VIH/SIDA).

En Africa, el VIH fue reconocido primero entre los heterosexuales activos sexualmente, y los casos de SIDA en Africa se han registrado con la misma frecuencia tanto entre mujeres como entre hombres. En general, la proporción de la distribución mundial de la infección con el VIH y el SIDA entre hombres y mujeres es de aproximadamente uno a uno (Oficina del Censo, E.U., 1999; UNAIDS, 1999).

MITO: El VIH no puede ser la causa del SIDA porque el cuerpo desarrolla una vigorosa respuesta de anticuerpos ante el virus.

HECHO: Este razonamiento pasa por alto numerosos virus distintos al del VIH que pueden ser patógenos después que aparece la prueba de inmunidad. El virus del sarampión puede persistir durante años en las células cerebrales, causando eventualmente una enfermedad neurológica crónica a pesar de la presencia de anticuerpos. Los virus como el citomegalovirus, el herpes simple y la varicela zoster podrían activarse después de años de haber permanecido latentes, incluso ante la presencia de abundantes anticuerpos. En animales, los parientes virales del VIH con períodos largos y variables de latencia, como el virus visna de las ovejas, causan daño al sistema nervioso central incluso después de la producción de anticuerpos (NIAID, 1995).

Asimismo, el VIH ha sido bien reconocido por su capacidad de mutar para evitar la respuesta inmunitaria continua del cuerpo anfitrión (Levy. Microbiol Rev 1993;57:183).

MITO: Sólo un número pequeño de células CD4+ T son infectadas con el VIH, y eso no es suficiente para dañar el sistema inmunitario.

HECHO: Las nuevas técnicas como la reacción en cadena de polimerasa (PCR) han permitido a los científicos demostrar que está infectada una proporción mucho más grande de células CD4+ T que lo que se creía previamente, particularmente en los tejidos linfoides. Las células macrófagas y de otros tipos también se infectan con el VIH y actúan como reservorios del virus. Aunque la fracción de células CD4+ T infectada con el VIH en un momento dado nunca es extremadamente alta (sólo un pequeño subgrupo de células activadas sirven de blancos ideales de infección), varios grupos han mostrado que durante el curso de la enfermedad ocurren ciclos rápidos de muerte de células infectadas y de infección de nuevas células (Richman J Clin Invest 2000;105:565).

MITO: El VIH no es la causa del SIDA porque muchos individuos con el VIH no han desarrollado el SIDA.

HECHO: La enfermedad del VIH tiene un curso prolongado y variable. El plazo promedio entre la infección con el VIH y el comienzo de la enfermedad clínicamente aparente es de aproximadamente 10 años en los países industrializados, según los estudios de futuro de hombres homosexuales en los cuales se conocen las fechas de seroconversión. Se han hecho estimados similares de períodos sin síntomas para receptores infectados con el VIH que recibieron transfusiones de sangre, consumidores de drogas inyectables y hemofílicos adultos (Alcabes et al. Epidemiol Rev 1993;15:303).

Como en el caso de muchas enfermedades, una cantidad de factores pueden influir en el curso de la enfermedad del VIH. Factores como la edad o las diferencias genéticas entre individuos, el nivel de virulencia de la cepa, así como influencias externas como la coinfección con otros microbios pueden determinar la tasa y severidad de la

expresión de la enfermedad del VIH. De la misma manera, algunas personas infectadas con hepatitis B, por ejemplo, no muestran síntomas o sólo ictericia y terminan su infección, mientras que otras sufren la enfermedad desde la inflamación crónica del hígado hasta la cirrosis y el carcinoma de las células hepáticas. Los cofactores probablemente determinan también por qué algunos fumadores desarrollan cáncer pulmonar y otros no (Evans. Yale J Biol Med 1982;55:193; Levy. Microbiol Rev 1993;57:183; Fauci. Nature 1996;384:529).

MITO: Algunas personas tiene muchos síntomas asociados con el SIDA pero no están infectadas con el VIH.

HECHO: La mayoría de los síntomas del SIDA resultan del desarrollo de enfermedades oportunistas y cánceres asociados con severa supresión inmunitaria secundaria del VIH.

Sin embargo, la supresión inmunitaria tiene muchas otras causas potenciales. Los individuos que toman medicinas glucocorticoides y/o inmunosupresoras para impedir el rechazo de un trasplante o para tratar enfermedades autoinmunes, pueden tener un aumento de la susceptibilidad a las infecciones poco comunes, al igual que los individuos con ciertas condiciones genéticas, desnutrición severa y ciertas clases de cánceres. No hay pruebas que sugieran que la cantidad de esos casos haya aumentado, pero hay amplias pruebas epidemiológicas que muestran un impresionante aumento de casos de supresión inmunitaria entre personas que comparten una característica: la infección con el VIH (NIAID, 1995; UNAIDS, 1999).

MITO: El espectro de las infecciones relacionadas con el SIDA visto en distintos sectores de población prueba que el SIDA consiste en realidad en muchas enfermedades que no se deben al VIH.

HECHO: Las enfermedades asociadas con el SIDA como la neumonía PC y el complejo Mycobacterium avium (MAC) no son causadas por el VIH sino que resultan de la supresión inmunitaria causada por la enfermedad del VIH. A medida que el individuo infectado con el VIH se debilita, se hace más susceptible a las infecciones

virales, fungosas y bacterianas particulares más comunes en la comunidad. Por ejemplo, las personas infectadas con el VIH en ciertas regiones mesooccidentales y mesoatlánticas son mucho más propensas que la gente de la ciudad de Nueva York a desarrollar histoplasmosis, causada por un hongo. Una persona en África está expuesta a agentes patógenos diferentes en comparación con una persona en una ciudad estadounidense. Los niños podrían estar expuestos a diferentes agentes patógenos que los adultos (AIDS Knowledge Base, 1999a; 1999b).

Una versión ampliada de esta hoja informativa se encuentra disponible en el sitio web de NIAID www.niaid.nih.gov/factsheets/evindhiv.htm

NIAID es un componente de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) que apoya las investigaciones sobre el SIDA, tuberculosis, malaria y otras enfermedades infecciosas, así como alergias e inmunología. El NIH es un organismo del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos.

recursos adicionales

Bibliografía (en inglés)

Libros, documentos y artículos sobre el VIH/SIDA

LIBROS Y DOCUMENTOS

Bellenir, Karen, editor

AIDS SOURCEBOOK: BASIC CONSUMER HEALTH INFORMATION
Omnigraphics, 2nd edition, 1999, 751 p.

Campbell, Carole A.

WOMEN, FAMILIES AND HIV/AIDS: A SOCIOLOGICAL PERSPECTIVE ON THE EPIDEMIC IN AMERICA
Cambridge University Press, 1999, 257 p.

Chin, James, editor

CONTROL OF COMMUNICABLE DISEASES MANUAL
American Public Health Association Publications, 17th edition, 2000, 640 p.

Crandall, Keith A., editor

THE EVOLUTION OF HIV
Johns Hopkins University Press, 1999, 520 p.

Gibney, Laura, DiClemente, Ralph J., and Vermund, Sten H., editors

PREVENTING HIV IN DEVELOPING COUNTRIES: BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL APPROACHES
Kluwer Academic Publishers, 1999, 424 p.

Gifford, Allen L., and others

LIVING WELL WITH HIV AND AIDS
Bull Publishing, 2nd edition, 2000, 288 p.

Hope, Kempe R., editor

AIDS AND DEVELOPMENT IN AFRICA: A SOCIAL SCIENCE PERSPECTIVE
Haworth Press, 1999, 232 p.

Huber, Jeffrey T., editor

HIV/AIDS INTERNET INFORMATION SOURCES AND RESOURCES
Haworth Press, 1998, 165 p.

National Intelligence Council Staff

THE GLOBAL INFECTIOUS DISEASE THREAT AND ITS IMPLICATIONS FOR THE UNITED STATES
U.S. Central Intelligence Agency, 2000
<http://www.cia.gov/cia/publications/nie/report/nie99-17d.html>

Raczynski, James M., and Ralph J. DiClemente, editors

HANDBOOK OF HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION
Kluwer Academic Publishers, 1999, 669 p.

Salina, Doreen, editor

HIV/AIDS PREVENTION: CURRENT ISSUES IN COMMUNITY PRACTICE

Haworth Press, 1999, 94 p.

Schoub, Barry D.

AIDS AND HIV IN PERSPECTIVE: A GUIDE TO UNDERSTANDING THE VIRUS AND ITS CONSEQUENCES

Cambridge University Press, 2nd edition, 1999, 296 p.

Smith, Raymond A., editor

ENCYCLOPEDIA OF AIDS: A SOCIAL, POLITICAL, CULTURAL, AND SCIENTIFIC RECORD OF THE HIV EPIDEMIC

Fitzroy Dearborn, 1998, 601 p.

Watstein, Sara Barbara, and Karen Chandler

THE AIDS DICTIONARY

Facts on File, 1998, 340 p.

World Bank Staff

CONFRONTING AIDS: PUBLIC PRIORITIES IN A GLOBAL EPIDEMIC

Oxford University Press, revised edition, 2000, 300 p.

ARTICLES

AIDS IN AFRICA

(Harvard AIDS Review, Fall 1999/Winter 2000, 22p.)

http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/hai/publications/har/fallwin_1999/index.html

Caron, Mary

POLITICS OF LIFE AND DEATH: GLOBAL RESPONSES TO HIV AND AIDS

(World Watch, Vol. 12, No. 3, May/June 1999, pp. 30-38)

Fauci, Anthony S.

THE AIDS EPIDEMIC: CONSIDERATIONS FOR THE 21ST CENTURY

(The New England Journal of Medicine, Vol. 341, No. 14, September 30, 1999, pp. 1046-1050)

Fauci, Anthony S.

BEYOND ERADICATION (Interview by Lark Lands)

(POZ, March 2000, pp. 62-63)

http://www.thebody.com/poz/partner/03_00/sounds_of_science.html

Fishbein, M., and others

COMMUNITY-LEVEL HIV INTERVENTION IN 5 CITIES: FINAL OUTCOME DATA FROM CDC AIDS COMMUNITY DEMONSTRATION PROJECTS

(American Journal of Public Health, Vol. 89, No. 3, March 1999, pp. 336-345)

Fox, Robin

TANZANIAN AIDS PROJECT WORKS TOWARDS 'GOOD THINGS FOR YOUNG PEOPLE'

(Lancet, Vol. 355, No. 9216, May 13, 2000, p. 1703)

Gallant, Joel E.

STRATEGIES FOR LONG-TERM SUCCESS IN THE TREATMENT OF HIV INFECTIONS

(JAMA, Vol. 28, March 8, 2000, pp. 1329-1334)

Gayle, Helene D.

STILL OUR BROTHERS

(New York Amsterdam News, Vol. 91, No. 6, February 10, 2000, pp. 13, 53)

Kinsman, J., and others

IMPLEMENTATION OF A COMPREHENSIVE AIDS EDUCATION PROGRAMME IN SCHOOLS IN MASA-KA DISTRICT, UGANDA

(AIDS Care, Vol. 11, No. 5, October 1999, pp. 591-601)

Piot, Peter

LEARNING FROM SUCCESS: GLOBAL PRIORITIES FOR HIV PREVENTION

(Sexually Transmitted Diseases, Vol. 26, No. 5, May 1999, pp. 244-249)

Piot, Peter

SEIZING EVERY OPPORTUNITY (Interview by Jasmina Sopova)

(UNESCO Courier, Vol. 52, No. 10, October 1999, pp. 18-19)

http://www.unesco.org/courier/1999_10/uk/dossier/txt01.htm

Roach, Ronald

THE RACE TO SAVE LIVES

(Black Issues in Higher Education, Vol. 16, No. 21, December 9, 1999, pp. 22-26)

Rwegera, Damien

A SLOW MARCH FORWARD (Sub-Saharan Africa)

(UNESCO Courier, Vol. 52, No. 10, October 1999, pp. 22-24)

http://www.unesco.org/courier/1999_10/uk/dossier/txt11.htm

Sittritai, Werasit

THAILAND: LESSONS FROM A STRONG NATIONAL APPROACH

(The World and I, Vol. 14, No. 4, April 1999, pp. 74-75)

Thurman, Sandra L.

LESSONS FROM AFRICA

(Forum for Applied Research and Public Policy, Vol. 14, No. 4, Winter 1999, pp. 88-91)

Wienrawee, Pawana, and Livingstone, Carol

SLOWLY GETTING BOLDER (Southeast Asia)

(UNESCO Courier, Vol. 52, No. 10, October 1999, pp. 27-28)

http://www.unesco.org/courier/1999_10/uk/dossier/txt21.htm

Wines, Michael

HEROIN CARRIES AIDS TO A REGION IN SIBERIA

(The New York Times, April 24, 2000, Section A, p. 1)

WOMEN AND AIDS

(Harvard AIDS Review, Spring 1999, 22p.)

http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/hai/publications/har/spring_1999/index.html

Sitios en la Internet (en inglés)

Lista de los sitios en la Web donde puede encontrarse información sobre organizaciones de salud gubernamentales e internacionales involucradas en la lucha contra el SIDA

XIII International AIDS Conference

July 9-July 14, 2000, Durban, South Africa.

<http://www.aids2000.com/>

AIDS Education Global Information System

The AIDS Education Global Information System (AEGIS) offers news, clinical information, a law library, and other features. Maintained by the Sisters of Saint Elizabeth of Hungary.

<http://www.aegis.com/>

AIDS Knowledge Base

This 1999 textbook on HIV disease in adults is from the University of California, San Francisco, and the San Francisco General Hospital.

<http://hivinsite.ucsf.edu/akb/1997/about.html>

Best of the Net

Links to HIV/AIDS programs and organizations in various countries selected by editorial reviewers from "Best of the Net" section of the "Journal of the American Medical Association," HIV/AIDS Information Center.

<http://www.ama-assn.org/special/hiv/bestonet/global.htm>

The Body: An AIDS and HIV Information Resource

This service of the Body Health Resources Corporation is sponsored in part by several pharmaceutical companies, and provides information in over 250 topical areas.

<http://www.thebody.com/>

CDC Network

The National Prevention Information Network (NPIN) is a reference, referral, and distribution service for information on HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, and tuberculosis, sponsored by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.

<http://www.cdcnpin.org/>

The Deadliest Epidemic: AIDS in Africa

A collection of news articles and links compiled by the Washington Post.

<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/world/issues/aidsinafrica/>

Guide to NIH HIV/AIDS Information Services

Prepared by the National Library of Medicine, this is a guide to the many HIV/AIDS programs of the National Institutes of Health, with selected public health service activities.

<http://www.sis.nlm.nih.gov/aids/>

HIV/AIDS

Information about development programs to combat HIV/AIDS and infectious diseases from the U.S. Agency for International Development (USAID).

http://www.info.usaid.gov/pop_health/aids/

HIV/AIDS

The World Health Organization (W.H.O.) provides information on its work combating HIV/AIDS and sexually transmitted infections.

<http://www.who.int/health-topics/hiv.htm>

HIV/AIDS—A Guide to Resources

Policy texts and annotated links to U.S. and international resources concerning AIDS and other infectious diseases. From the Office of International Information Programs, U.S. Department of State.

<http://usinfo.state.gov/topical/global/hiv/>

HIV/AIDS Treatment Information Service (ATIS)

Coordinated by the U.S. Department of Health and Human Services, ATIS provides information in English and Spanish about federally approved treatment guidelines for HIV and AIDS.
<http://www.hivatis.org/>

HIV/AIDS and the World of Work

Information on the impact of HIV/AIDS on work, productivity, employment, and development. Maintained by the International Labor Organization.
<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/>

National Institute of Allergy and Infectious Diseases

The Division of Acquired Immunodeficiency Syndrome (DAIDS) provides information on AIDS vaccine research, clinical trials, and DAIDS-supported programs.
<http://www.niaid.nih.gov/research/Daids.htm>

Report on the Global HIV/AIDS Epidemic

Released by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) in June, 2000. Available in English, French, and Spanish.
http://www.unaids.org/epidemic_update/report/

UNAIDS

The homepage of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS provides documents on the World AIDS Campaign, and information on international conferences on AIDS.
<http://www.unaids.org/>

White House Office of National AIDS Policy

Information on efforts by the Clinton/Gore administration to address the national and international AIDS pandemic. Provides links to government and non-government sites.
<http://www.whitehouse.gov/ONAP/>

cuestiones mundiales

Periódico Electrónico del Departamento de Estado de Estados Unidos - Julio de 2000, Volumen 5, Número 2



Amenaza a la Seguridad Mundial