Globethics Repository




# Los tres desafíos del sida [The three challenges of AIDS]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

| | |
|---|---|
| Item Type | Article |
| Authors | González Selanio, Víctor |
| Publisher | Fundación Friedrich Ebert (FES) |
| Rights | Creative Commons Copyright (CC 2.5) |
| Download date | 2026-11-03 14:23:10 |
| Link to Item | http://hdl.handle.net/20.500.12424/219297 |

# Los tres desafíos del sida

VÍCTOR GONZÁLEZ SELANIO

**La aparición y la sucesiva difusión epidémica del sida ha enfrentado a la humanidad a tres graves desafíos. El primero es de carácter científico. Hasta ahora la ciencia ha logrado identificar el agente y los mecanismos de transmisión de la enfermedad. Pero su cura o una vacuna eficaz están lejos todavía. El segundo es de tipo cultural, por el hecho de que inicialmente el sida ha afectado a grupos considerados «diversos», como homosexuales y adictos al uso de drogas inyectables. El tercero es su propagación con ritmo epidémico agudo entre los pobres del mundo, en particular en Africa subsahariana. El sida se ha transformado en un nuevo factor que agrava la condición de los sectores empobrecidos y contribuye a ahondar el abismo entre los países ricos y pobres del mundo.**

Desde la identificación del síndrome y de su agente entre 1982 y 1985, el sida ha puesto a la humanidad frente a tres grandes y graves desafíos. El primero y más inmediato ha sido, y sigue siendo, de carácter más que todo científico. Desde un principio se hizo evidente que se trataba de un reto completamente nuevo, del cual era responsable un agente patógeno hasta ese momento desconocido y en apariencia inasible. La percepción que la opinión pública tuvo desde un comienzo sobre la capacidad de la ciencia médica, y de las ciencias biológicas en general, de entender y combatir la enfermedad con éxito, fue en cierta medida negativa. A ello contribuyeron probablemente algunos científicos, que no dejaron escapar la ocasión de usar la publicidad que se dio a todo lo relacionado con el sida para solventar sus diferencias y defender primogenituras.

Contribuyeron además a la desorientación general los mismos medios de comunicación, que como suele suceder privilegiaron la presentación del problema recalcando sus aspectos más negativos, con proyecciones incluso catastróficas. En ese mar de seudoexplicaciones, alarmismo exagerado, recriminaciones morales, las voces más serenas y autorizadas del mundo científico, para fortuna terminaron por imponerse consintiendo a todos los

VÍCTOR GONZÁLEZ SELANIO: cientista político chileno, residente en Italia.

**Palabras clave:** sida, pobreza, Tercer Mundo.

que querían entender, de conocer las reales dimensiones del problema y de orientar en consecuencia las políticas sanitarias públicas. Por desgracia, a causa de los graves desequilibrios económicos y sociales, e incluso por motivos culturales, no todos los países han logrado desarrollar políticas sanitarias adecuadas y eficaces en relación con lo que algunos han llamado «el flagelo del fin del milenio».

El segundo desafío ha sido de carácter cultural, habida consideración de la histórica marginalidad de los grupos sociales más expuestos al contagio: homosexuales y adictos a drogas inyectables. Estos dos primeros sectores han perdido en parte su importancia relativa. Y esto porque la sucesiva extensión de la epidemia a escala mundial, determinada fundamentalmente por contactos heterosexuales y por la carencia de adecuadas medidas de profilaxis, ha colocado el riesgo del sida en sus verdaderas dimensiones. Por otro lado, el desarrollo de eficaces terapias de contención de la enfermedad ha dado nuevas esperanzas en la eficacia de las armas de la ciencia.

El tercer desafío al que se enfrenta actualmente la humanidad es quizás el más difícil de superar, porque las estadísticas demuestran que el sida se ha transformado en una enfermedad de los pobres. De los de países desarrollados y, a escala mundial, de los más pobres entre los pobres del mundo, es decir la mayoría de los habitantes del Tercer Mundo y la casi totalidad de los del Cuarto.

El primer desafío, la aparente incapacidad de la ciencia médica para combatir el sida, ha tenido múltiples respuestas alentadoras. La primera ha sido la identificación del agente, un retrovirus. La segunda, la definición de los mecanismos de transmisión de la enfermedad, lo que ha permitido un válido desarrollo de técnicas de prevención. Las armas principales en este aspecto han demostrado ser el «sexo seguro», con la recomendación del uso de preservativos, la distribución gratuita de jeringas y la particular atención a los riesgos de contagio en las instituciones sanitarias y médicas en general. La tercera respuesta ha sido el desarrollo de terapias con combinaciones de fármacos, que permiten «contener» la enfermedad y mejorar notablemente la supervivencia de los enfermos y la calidad de su vida. Otro aspecto alentador de las nuevas técnicas de contención de la enfermedad ha sido la notable disminución del riesgo de transmisión de la enfermedad de parte de madres seropositivas a sus hijos.

Pero la respuesta que se esperaba de la ciencia médica, vistos sus grandes logros recientes, no está aún a la vista. La XII Conferencia Internacional de Sida, celebrada en Ginebra en julio de 1998, lo ha evidenciad dramáticamente. No existe todavía una cura que garantice la eliminación total del retrovirus del organismo. Tampoco existe una vacuna eficaz que proteja a la población de los riesgos del contagio. La historia de la medicina enseña que la mejor y más barata forma de prevención son las vacunas. Los expertos consideran que contra el sida no estarán disponibles antes de varios años.

A pesar de estas previsiones, por ahora no muy alentadoras, se advierte en las sociedades desarrolladas un retroceso en la alarma con la que la población acogió al principio la aparición de la epidemia. Las razones de este cambio en la opinión pública parecen ser diversas. En primer lugar ninguna noticia, por alarmante que sea, puede ocupar permanentemente el primer puesto en la preocupación de la población. En segundo lugar, se ha desarrollado la tendencia a considerar el sida como una enfermedad infecciosa más, de las cuales hay todavía diversas que no tienen una cura específica, y para las que no existen aún vacunas eficaces. Sin contar con el hecho de que algunas enfermedades infecciosas antiguas, y para las cuales existían curas apropiadas e incluso vacunas razonablemente efectivas, tienden a retornar porque sus agentes se han vuelto resistentes a las curas tradicionales.

Además, la cultura sexual contemporánea curiosamente ha aceptado, dentro de ciertos márgenes, el riesgo de contagio del sida, como en el pasado aceptó como un precio razonable del placer sexual el riesgo del contagio venéreo, incluida la sífilis. El paralelo con esta última enfermedad, flagelo a partir de los siglos XVI y XVII, presenta algunas analogías. Sida y sífilis se asocian como precio, posible y aceptable, a pagar por la satisfacción del deseo sexual. Y siempre se ha demostrado que en la mayor parte de las personas el impulso sexual prevalece sobre los riesgos implícitos en su satisfacción. Además, como en la sífilis –y aún más– las manifestaciones de la enfermedad no son inmediatas, sino que pueden presentarse incluso después de mucho tiempo después del contacto riesgoso. Circunstancias que pueden dar una aparente tranquilidad a nivel individual, pero agravan notablemente el problema desde el punto de vista social.

Analicemos la situación actual de los tres desafíos antes mencionados. Sobre el primero, es decir la respuesta que la humanidad habría esperado de la comunidad científica, hemos visto que la opinión pública ha pasado, en cierta medida, de la desilusión a la indiferencia. En relación con la ciencia la gente tiene, en general, una actitud ambivalente: por una parte cree que es casi todopoderosa; por la otra, sigue apegada estrechamente a todo un bagaje de creencias irracionales de tipo ancestral. En relación con el sida, la opinión pública esperaba de los científicos una respuesta rápida y eficaz, con el descubrimiento de curas «milagrosas» y de vacunas capaces de proteger eficazmente a todos del riesgo de contagio. La Conferencia de Ginebra ha evidenciado dos cosas. La primera, que todavía no se está cerca ni de la cura ni de una vacuna para el sida; la segunda, que la investigación científica sigue adelante. Se han desarrollado nuevas terapias de contención de la enfermedad y nuevas y más soportables formas de suministrar los medicamentos a los pacientes. Se elaboran técnicas novedosas para la determinación precoz de la enfermedad. Y se comienzan a experimentar en gran escala vacunas que podrían llevar a la solución del problema en algunos años.

La esperanza de un siglo XXI libre de sida está cifrada fundamentalmente en el desarrollo de una vacuna eficiente. En la citada Conferencia se señaló que

en la actualidad existen al menos 25 vacunas en diversas fases de estudio. En Estados Unidos ya se ha iniciado una experiencia de control de la eficacia de una vacuna en una población de 5.000 voluntarios residentes en diversas ciudades. Por razones éticas, a ningún voluntario se le ha inoculado el agente del sida. La eficacia de la vacuna se determina en un periodo de más o menos tres años, verificando con un modelo estadístico el grado de protección que la vacuna haya ofrecido a los participantes del experimento. A fines de 1998 se procederá a experimentar la vacuna con otros 2.500 voluntarios en Tailandia.

Se ha propuesto efectuar pruebas de la vacuna también en Africa, porque el modelo estadístico puede evidenciar su eficacia en un periodo mucho más breve que en EEUU, por la mayor velocidad de la difusión de la enfermedad en la mayor parte de los países del continente. Esta operación no ha sido todavía aplicada, probablemente por los problemas técnicos a los cuales se enfrentaría el seguimiento epidemiológico de los voluntarios involucrados, en particular en los países africanos más afectados por la epidemia.

El problema es en realidad urgente: el ritmo de desarrollo de la enfermedad actualmente es de 16.000 nuevos contagios al día, la mayoría de los cuales en los países pobres, en Africa en particular. Según las Naciones Unidas, en 1997 existían 30,6 millones de seropositivos en el mundo, 20,8 millones de ellos en Africa subsahariana. Hasta ese mismo año, el sida había causado 11,7 millones de muertes, 2,7 millones de los cuales eran niños.

El segundo aspecto del problema sida es su connotación cultural. Al comienzo se creyó, equivocadamente, que se trataba de una enfermedad circunscrita a grupos marginales. En particular a homosexuales y a adictos al consumo de drogas inyectables. Un tercer grupo considerado de riesgo estaba constituido por las personas que padecían enfermedades crónicas como la hemofilia o los sometidos a diálisis. En estos grupos había que incluir al personal médico y paramédico en contacto con pacientes de sida, y a los hijos de mujeres infectadas. Además, el campo de riesgo se extendía a todos los que mantenían relaciones sexuales, ocasionales o regulares, con las personas ya enumeradas.

Aunque la enfermedad hubiera quedado circunscrita a los grupos indicados, es evidente que sin adecuadas medidas educativas y de profilaxis el sida habría amenazado más o menos rápidamente a toda la población. Situación que es la que se ha presentado, con particularidad en los países más pobres y en los sectores menos favorecidos de los países desarrollados. En todo el mundo, al comienzo sin distinción, el sida se propagó en forma alarmante en la población penal, por la simple razón de que en ese medio se concentraban y se sumaban varios de los factores de peligro mencionados más arriba.

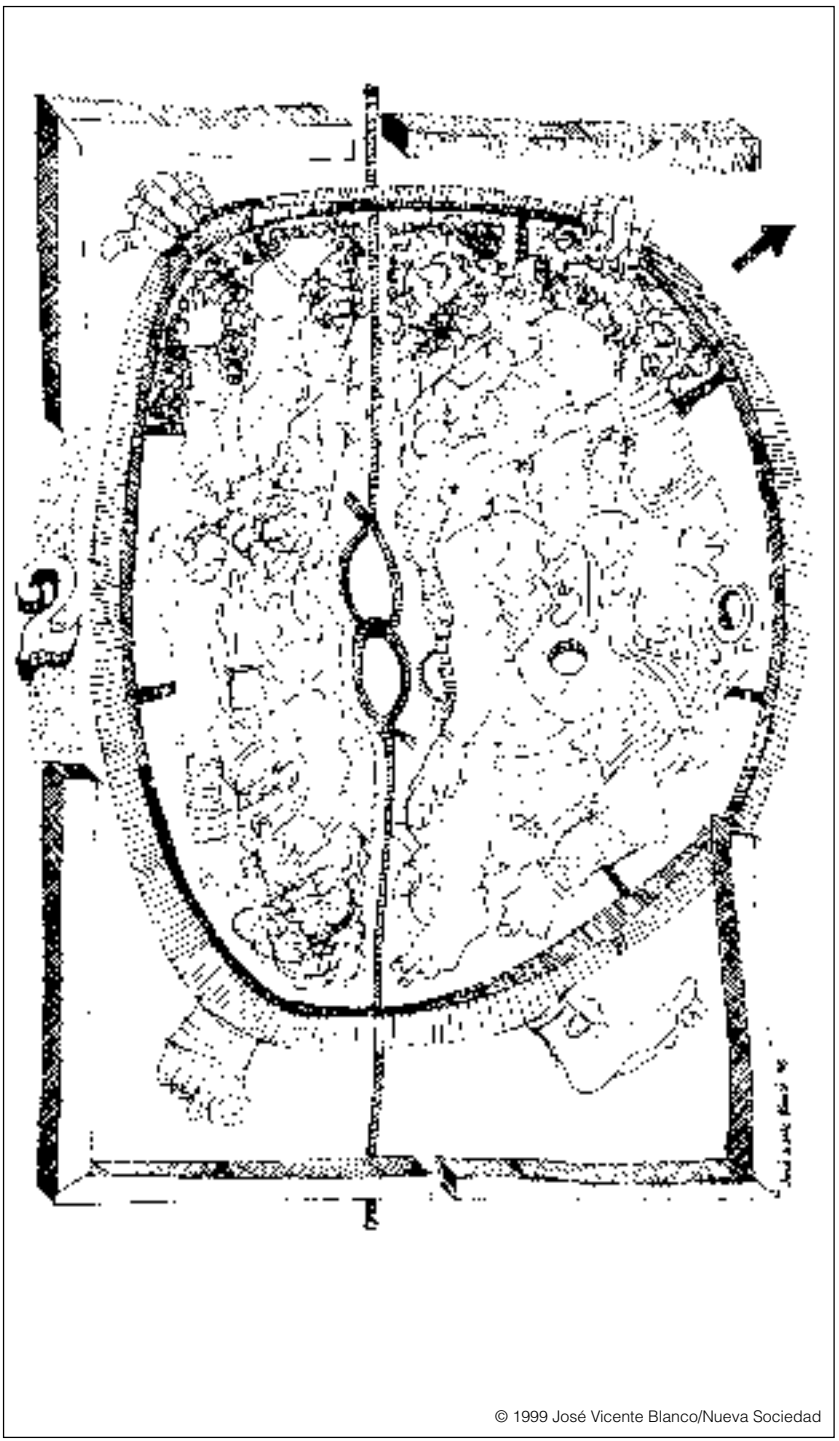
El primer grupo considerado de riesgo, la comunidad homosexual, fue el sector inicialmente más afectado. Las razones eran dos: en primer lugar, muchas de las víctimas del sida en esa categoría eran personas conocidas o incluso de gran notoriedad, como intelectuales, artistas o profesionales destacados. Es

evidente que la suerte de esas personas constituía una noticia que agigantaba el problema. En segundo lugar, la opinión pública quería creer que se trataba de una enfermedad en gran medida relacionada con la transgresión de las normas de convivencia aceptadas. Se presumía que se trataba de una enfermedad de los «diferentes», que sólo por desgracia podía afectar a personas normales. Al respecto se pueden recordar diversos casos de personas «normales» y famosas, que infectadas por algún motivo no precisado, se apresuraban a declarar públicamente que no sabían con exactitud cuál era la fuente del contagio, o se inculpaba del hecho a tratamientos médicos carentes de adecuadas medidas de profilaxis. Al comienzo, considerando que la nueva dolencia era exclusiva de los homosexuales, en EEUU se propuso como nombre identificativo de la enfermedad el acrónimo Grids (*Gay Related Immuno-Deficiency Syndrome*). Más tarde, siendo evidente que la enfermedad no afectaba sólo a un determinado grupo de personas, se prefirió la expresión actualmente en uso, en inglés AIDS (*Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*).

Este criterio, de considerar al sida como una enfermedad que afectaba sólo a personas colocadas fuera de las reglas civiles normales, fue notablemente reforzado por la constatación de que el otro grupo sujeto a grave riesgo era el de las personas adictas al uso de drogas inyectables. Entre los usuarios de este tipo de drogas el sida causó en breve tiempo verdaderos estragos. La causa principal de ese hecho era la costumbre, difundida en esos grupos, de utilizar las mismas jeringas hipodérmicas sucesivamente por varias personas, sin adoptar ninguna medida de esterilización. Las razones de este comportamiento eran en principio dos. Por un lado el uso promiscuo de las jeringas adquiría, en muchos casos, un carácter ritual, de participación en una especie de ceremonia de intensificación. Por el otro, en ciertos periodos o países, la disponibilidad de jeringas no tenía la difusión que tiene hoy en día.

Al respecto es particularmente dramática la situación del uso de drogas inyectables en las cárceles. Se ha podido constatar que en la mayoría de estos recintos la droga entra sin graves problemas, y en cantidades suficientes en relación con la demanda interna. Pero la oferta de jeringas es muchísimo más limitada, por un complejo de razones no siempre muy evidentes. A estas dificultades se añade la casi imposibilidad de aplicar en los establecimientos penales la política de la distribución masiva y gratuita de jeringas monouso, que en otros ambientes ha dado buenos resultados. Y ello por la simple razón de que pocas autoridades carcelarias tienen el coraje de reconocer la realidad, es decir que el consumo de drogas en los centros de reclusión ha existido siempre y continúa existiendo, con un suministro de drogas incluso más fácil y mejor garantizado que fuera de la cárcel.

Una situación parecida, aunque probablemente con aspectos menos dramáticos, se ha presentado en diversas instituciones dedicadas a la recuperación de drogadictos. Se ha podido constatar que incluso en esos lugares la droga logra entrar, repitiéndose con las jeringas una situación similar a la de las cárceles. En ambos casos la dificultad de esterilizar las pocas jeringas que



© 1999 José Vicente Blanco/Nueva Sociedad

circulan dentro de esos establecimientos se agrava por motivos técnicos. Uno es la dificultad de disponer de medios adecuados para el proceso. El otro es el carácter monouso de las jeringas actualmente disponibles, no confeccionadas para ser esterilizadas.

Si a estos grupos de «transgresores» se añade, con un criterio moralista, al formado por los clientes regulares u ocasionales de mujeres y hombres que se prostituyen, la población de riesgo aumenta considerablemente. Y aumenta también el riesgo para el resto de la población. El problema fue particularmente grave en las primeras fases del desarrollo de la epidemia, por ignorancia o por desinterés en tomar precauciones elementales, como el llamado sexo seguro o protegido. El turismo sexual, muy evolucionado en los últimos años hacia diversos países del Tercer Mundo, ha sido otro de los factores que contribuyeron a agravar el problema. Las campañas de educación, las medidas de prevención organizadas por diversos gobiernos, en especial los del Sudeste asiático, en cierta medida han frenado el riesgo de contagio derivado de la prostitución. Pero subsisten dos aspectos que todavía hacen de la prostitución un factor de riesgo grave: la participación en esa actividad de adictos al uso de drogas ya infectados, que no se sienten interesados en la suerte de sus clientes, y la sorprendente petición de muchos de éstos de practicar relaciones sexuales sin preservativo, prestación por la cual están dispuestos incluso a pagar un sobreprecio. En la práctica, se paga por el «derecho» a contraer la enfermedad.

Es muy difícil confeccionar una escala jerárquica de los factores que han determinado o acelerado la difusión del sida. Lo cierto es que la epidemia tiene ya un carácter planetario, y que en muchas zonas del mundo está fuera de control. Particularmente grave es la situación en las regiones más pobres, en especial en Africa. Estas consideraciones nos llevan de lleno al tercer desafío que el sida ha puesto a la sociedad actual.

Los datos estadísticos entregados por el Programa de las Naciones Unidas para el Sida relativos a 1997, demuestran que las características explosivas de la epidemia se manifiestan abiertamente en los países pobres. En EEUU el porcentaje de adultos infectados alcanza al 0,76%. En Europa occidental al 0,23%. En Africa subsahariana al 7,41%, con extremos como el de Sudáfrica con el 12,91%, Botswana con el 25,10% y Zimbabwe con el 25,84%. La velocidad del desarrollo de la enfermedad ha adquirido en Africa contornos dramáticos. En Botswana en los últimos cinco años el porcentaje de adultos infectados ha pasado del 10% en 1992 al 25,10% al final de 1997. Peor es aún la situación en las ciudades. En Harare, capital de Zimbabwe, el 32% de las mujeres en cinta que se han atendido en centros sanitarios ha resultado seropositiva.

En Uganda el sida ha rebajado en 16 años la esperanza de vida de la población. En los países desarrollados, gracias a medidas sanitarias adecuadas, menos del 5% de los niños nacidos de mujeres seropositivas ha resultado infectado. En los países del Tercer Mundo ese porcentaje oscila entre el 25 y el 35%, con

pocas esperanzas de que descienda en un breve periodo. En definitiva, el sida se ha transformado en una enfermedad de los pobres, quienes no tienen casi ninguna posibilidad de acceso a las terapias de contención actualmente en uso, muy costosas para esos países y para la gran mayoría de sus habitantes. Los progresos técnicos recientes en ese campo, que han permitido bajar costos y simplificar la posología del tratamiento del sida, son en todo caso todavía inalcanzables para la población del Tercer Mundo. Según datos del Programa de las Naciones Unidas, se estima que el sida se ha colocado en el quinto puesto como causa de muerte en el mundo. Ironía de las estadísticas, ha igualado a la malaria en la escala de mortalidad, otra grave enfermedad del Sur, de la cual casi no se habla porque sólo afecta a los pobres del Tercer Mundo y de vez en cuando a unos pocos turistas desafortunados.

El sida presenta una dramática evolución regional y social. En el llamado Primer Mundo, y en particular en países en los cuales los desequilibrios internos no son graves, las tasas de mortalidad por sida se han reducido de manera drástica. Ello no quiere decir que han disminuido los enfermos, aunque se ha experimentado en todo caso una disminución del ritmo de expansión de la enfermedad. Emblemático es el caso de Australia, país en el que la disponibilidad generalizada de tratamientos adecuados ha dado nuevas esperanzas y una mejor condición de vida a los enfermos de sida. Muy diversa es la situación en Argentina, país económicamente equidistante de los extremos. Los estudios epidemiológicos en el gran Buenos Aires han demostrado que allí se vive una realidad fragmentada. En el cordón norte la situación está bajo control. En el centro de la ciudad el número de muertes por sida es sensiblemente mayor que en la parte norte de la ciudad, por tradición más rica. En el cordón sur, la zona más pobre, la situación está prácticamente fuera de control.

Como en Buenos Aires, la misma situación se presenta en la mayor parte de las grandes ciudades de los países más o menos ricos. Donde hay disponibilidad pública de tratamientos adecuados la mortalidad desciende. Donde hay campañas de educación, y la gente está conciente de que el preservativo es la única arma eficaz contra el contagio por vía sexual, la difusión de la enfermedad se frena. Donde la pobreza y la ignorancia son menores, y existen políticas públicas dirigidas a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, los resultados son positivos. En cambio, donde no se dan estas condiciones, y además la actividad de los gobiernos, de las instituciones internacionales o de las ONGs no es significativa, la enfermedad se desarrolla sin cortapisas.

La epidemia de sida ha adquirido en Africa contornos parecidos a las grandes epidemias de peste negra que asolaron Europa en la Edad Media y en el siglo XVII, o a la de gripe inmediatamente después de la Primera Guerra Mundial. Pero el sida tiene aspectos incluso más negativos, porque se trata de una epidemia silenciosa, latente, que lleva a la muerte en periodos largos, de años, no como las epidemias del pasado, que eran en general fulminantes.

El carácter «silencioso» del sida hace más difícil la lucha contra la enfermedad, porque no estimula en general la diligencia de las autoridades. Pero el problema más grave radica en su latencia, que favorece notablemente su difusión, sobre todo en la actualidad a través del contacto heterosexual. Sin embargo hay también esperanzas. Por ahora, la única herramienta eficaz contra el sida es la prevención, como lo demuestra el caso de Uganda. En ese país, una adecuada campaña de información y prevención ha permitido disminuir la epidemia en forma significativa, en más del 20%. Lo mismo ha sucedido en Tailandia, con campañas dirigidas especialmente a los prostíbulos.

Es evidente que la información y la prevención son las mejores armas de que actualmente se dispone contra el sida. Siempre que sean campañas razonables, que tengan en cuenta la cultura y las costumbres locales. En todas partes se han registrado lamentables errores en este campo. En la República Dominicana, una campaña que exaltaba la fidelidad con la respectiva pareja no tuvo gran éxito, porque muchos hombres sostenían que ya eran bastante fieles manteniendo a sus respectivas mujeres. Cuando se cambió el mensaje por otro que exhortaba a disminuir el número de amantes, el resultado fue de una cierta reducción de parejas, pero no del sida. En Africa algunas campañas de distribución de medicinas antisida fracasaron porque los pacientes se las llevaban consigo, pero no las ingerían porque consideraban que tenían un efecto mágico de tipo contaminante.

Las esperanzas que se abrieron dos años atrás en la Conferencia de Vancouver no se han realizado. El sida sigue creciendo casi sin control entre los pobres del mundo. En esas zonas se ha colocado como causa de muerte al mismo nivel del paludismo y de las diarreas, otras clásicas enfermedades de la pobreza. Por eso en Ginebra el principio orientador de la Conferencia fue el de colmar el abismo entre el mundo de los ricos y el de los pobres («Bridging the gap») en relación con el sida. La única arma posible, por ahora, es la información unida a la prevención. En el futuro será una vacuna. Pero en definitiva, el arma realmente eficaz no solo contra el sida, será aquella que permita colmar todos los abismos que separan a estos mundos tan desiguales que conviven en un mismo y único mundo. El mundo en que vivimos.