

SIDA: acceso al tratamiento para todos y nuevas estrategias

AIDS: Access to universal therapy and new strategies

Arturo Yglesias Bedoya¹

RESUMEN

Ha pasado ya un cuarto de siglo desde el descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana y los conocidos daños sobre la humanidad, que esta plaga ha causado. En este tiempo grandes cantidades de dinero se han destinado a la investigación y dramáticos avances en el diagnóstico y terapéutica se han realizado. En la actualidad las estrategias contra este flagelo requieren no sólo de una respuesta global patente, sino que las políticas existentes sean reforzadas y a su vez se generen otras nuevas que mejoren la interacción entre los actores nacionales e internacionales.

Palabras clave: virus de la inmunodeficiencia humana, SIDA, políticas.

ABSTRACT

A quarter of a century has elapsed since the first occurrence of human immunodeficiency virus (HIV) infections and its dramatic well-described consequences. Enormous amounts of money have been spent in research, and many important advances in diagnosis and therapy have taken place. Nowadays, strategies against HIV infection do not only require a global and coherent response, but also current policies must be strengthened, and new policies must be designed so that there may be a better interaction between every community affected by HIV/AIDS, particularly in developing countries, which are by far the most affected areas by this pandemic.

Keywords: human immunodeficiency virus (HIV), acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), policies.

Un cuarto de siglo después del descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el mundo está finalmente ganando terreno contra el SIDA Steinbrook, R. 2008¹

INTRODUCCIÓN

Después de 25 años de experiencia en entender y enfrentar a la pandemia del SIDA, como una amenaza a la seguridad humana, se ha acumulado una gran cantidad de conocimientos, y movilizado una gran cantidad de fondos de la cooperación internacional al desarrollo de investigaciones. En la comunidad de la gobernabilidad global de salud se ha abierto un importante debate, sobre como intervenir ahora de una manera más eficaz y transparente¹.

Durante estos 25 años, los avances en el control de la pandemia "han sido dramáticos, pero queda mucho por hacer"². Desde una perspectiva histórica, como ha sucedido con las grandes epidemias humanas, la epidemia del SIDA ha comenzado a estabilizarse. En algunos países africanos donde la prevalencia es mayor, la epidemia se ha estabilizado en Zimbawe; en otros países ha comenzado a disminuir y, mientras que en otros esta en aumento como en Kenia. En países de la ex-Unión Soviética, como Rusia y Ucrania la epidemia esta en un franco aumento.

En estos años, el mayor interés se concentro en el tratamiento de la enfermedad, desde el comienzo de la respuesta global a la epidemia, la prevención ha sido marginalizada. Este desbalance sistémico entre la actividad clínica y la salud pública es el responsable del hecho de que, alrededor de 2.5 millones de gente devenguen infectada cada año³. Pero esta situación esta comenzando a cambiar, tanto desde las estrategias como del contexto social y político.

Históricamente, las estrategias para controlar enfermedades epidémicas han comenzado con tratar al enfermedad y prevenir la infección para desplazarse luego hacia a las causas en el medio ambiente físico y social que la dispararon y encendieron la pradera.

LOS DATOS Y LOS COSTOS

De acuerdo al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) se estima que 33 millones de personas viven con HIV en todo el mundo; de los cuales 2,7 millones devinieron infectados y murieron 2 millones en el año 2007. La prevalencia del SIDA varia entre los diferentes países, pudiendo ser clasificadas en países de alta incidencia como Mozambique en África, con una prevalencia de 16% y países de baja incidencia como los países andinos.

En la actualidad se cuenta con el Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad (TARGA) altamente efectiva para las personas enfermas con HIV. A la fecha existen 25 drogas aprobadas y muchas otras más en camino. En países en desarrollo, 3 millones de personas reciben tratamiento (2.1 millones en África) y 200,000 niños infectados lo reciben. Solo una tercera parte de las madres infectadas reciben tratamiento. Pero, solo un 20% de personas infectadas sabe que pueden están infectados. En USA una cuarta parte de los infectados no saben que están infectados¹.

RESPUESTA GLOBAL AL SIDA

En 1987 la OMS lanzo su Programa Especial de SIDA. En Julio de 1994, el Consejo Económico y Social de la ONU creo el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y en diciembre de ese año, se selecciono al médico belga Peter Piot como su primer Director General. Catorce años después, ONUSIDA, presenta Los problemas del crecimiento de cualquier organización burocrática. A la fecha cuenta con 280 empleados en Ginebra y con oficiales representantes en 81 países. Cuando comenzó el ONUSIDA en 1996, su presupuesto escasamente alcanzaba a los 250 millones de dólares. Ahora la historia es diferente, ONUSIDA ha recibido recursos sin precedentes en la historia de la salud pública. En el año 2007, recibió 10 billones de dólares.

Los fondos de ONUSIDA provienen de los países donantes y del Programa SIDA del Banco Mundial. En paralelo, se crearon además el Fondo Global de Lucha Contra el

1. Médico Pediatra. Especialista en Salud Publica. Lima, Perú

SIDA, Tuberculosis y Malaria. Las fundaciones privadas caritativas como la Fundación Gates y la Fundación Warren también financian intervenciones contra el SIDA. En Estados Unidos, el President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) (2) aumento los fondos de 15 billones de dólares en los pasados 5 años a 48 billones este año, para ser gastados en los siguientes cinco años.

CRÍTICAS

Nosotros hemos creado un moustro en los que hay demasiados intereses creados y la reputación de muchas ONG están en juego, con equipos de VIH relativamente bien pagados en los países afectados. ¿Por qué un organismo de las Naciones Unidas para el VIH y no para la neumonía o la diabetes, en los que mueren más personas?⁴

La creación de ONUSIDA fue la propuesta de quienes consideraban a la epidemia del SIDA como algo excepcional. Por la amenaza que significaba una catástrofe al desarrollo, la "crisis de mortalidad", por las personas que la sufrían, el estigma social, la confidencialidad del tratamiento, etc. El excepcionalismo fue la consideración de que una emergencia de esta naturaleza demandaba una intervención intersectorial más allá del liderazgo del OMS. Aunque el SIDA causa solo el 3.7% de la mortalidad global, recibe el 25% de ayuda internacional de salud. Así con estos crecientes presupuestos, el SIDA es tratado como un sector económico antes que una enfermedad

Roger England en un artículo contundente⁴ se pregunta ¿Es la industria global del SIDA demasiado grande y fuera de control? Ciertamente, la epidemia es un desastre mayor en África del Sur, pero no es una catástrofe global. El lenguaje de los oficiales mayores de ONUSIDA, y su descripción de la epidemia como "una de las fuerzas que hacen o fracturan este siglo" y que representa "una amenaza potencial a la supervivencia y bienestar de la gente en todo el mundo" es sensacionalista.

La cantidad de muertos por SIDA al año es, igual a la cantidad de niños menores de cinco años que mueren todos los años en la India. England, dice que solo el 10% de los 9 billones al año dedicados a pelear contra el SIDA son necesarios para el tratamiento gratuito. Esta situación inequitativa debilita a los Sistemas Nacionales de Salud, no contribuye a su fortalecimiento y no se dedican a la reforma que estos requieren. England finaliza señalando que "los fondos son primeramente y más necesarios para fortalecer los Sistemas Nacionales de Salud, de modo que un rango de enfermedades y condiciones de salud puedan ser manejados efectivamente"

PREVENCIÓN

En la 17ava Conferencia Internacional de SIDA realizada en México en agosto de este año, se señaló que, debido a la ausencia de vacuna efectiva, el interés ha sido puesto ahora en la prevención; mediante el uso de agentes antiretrovirales antes o después de la exposición. Sin embargo, a la fecha no hay una efectivo, confiable y monitoreo integral o evaluación de los programas de prevención³

El liderazgo y manejo de esos programas para entregar sus servicios debe ser revisado. Se debe de tener en cuenta de un

lado, que la distinción entre el tratamiento y al prevención es falso, ambos están intrínsecamente interconectados. De otro lado, hay que valorar las diferentes estrategias de prevención, el contexto social y las condiciones propias de cada país. Siguiendo una línea de liderazgo científico y de compromiso con la salud pública global, la revista *The Lancet* publicó una serie de artículos vinculados a la prevención del SIDA que trataremos de resumirlos.

En el primer artículo⁵ enfocado en la historia y los desafíos del SIDA, se señala que, una prevención exitosa depende de la naturaleza específica de la epidemia en el país; así como del contexto de la comunidad y del país. Los amplios factores socio-económicos y culturales - pobreza, género, derechos humanos y religión- afectan a la diseminación del virus y deben de ser entendidos y las inversiones deben de estar integradas con el fortalecimiento de los sistemas de salud. La prevención exitosa ha estado acompañada de con liderazgo y acciones intersectoriales del gobierno, del activismo político y la apropiación de las comunidades

En el segundo artículo⁶ relacionado las intervenciones biomédicas, se afirma que pese a los intensos esfuerzos de investigación durante dos décadas aún no se alcanzado o ha resultado en una vacuna contra el SIDA, aún de una efectividad moderada. No habrá vacuna o profilácticos tópicos en el futuro inmediato. Así que, las únicas intervenciones biomédicas efectivas en la prevención, son el uso de condón masculino, la circuncisión masculina, y el uso profiláctico o la contracepción para prevenir embarazos no deseados para reducir la transmisión madre-niño. El uso de antiretrovirales orales e intravaginales están bajo estudios⁷; tanto para el uso en la pre-exposición y la reducción de la infecciosidad entre los individuos seropositivos. Dos populares fármacos antiretrovirales Tenofovir y Emtricitabine, en una sola pastilla como Truvada puede ser segura, bien tolerada, mantiene al virus "in check", y podría trabajar y luego presionar a los manufactureros a bajar el precio a un dólar diario.

En el tercer artículo⁸ dedicado a las intervenciones en la conducta de los individuos, se afirma que las metas de la estrategia de conducta involucra los conocimientos, la reducción del estigma, el acceso a los servicios, la demora en el inicio de la primera relación, la disminución en el número de parejas, el aumento de la venta y uso de condón y la reducción en compartir jeringas contaminadas

En el cuarto artículo⁹ relativo al enfoque estructural, se menciona que los factores estructurales incluyen las características físicas, sociales, culturales, organizativas, comunales, legales y políticas del medio ambiente que afecta a la infección. El enfoque estructural busca los cambios sociales, económicos, políticos que determinan el riesgo del HIV y la vulnerabilidad.

En el quinto artículo¹⁰ dedicado ha pasae de las ideas a la acción; se comenta que, después de 25 años de experiencia, los programas de HIV permanecen largamente deficientes, Los esfuerzos de la gerencia de los programas nacionales debería revalorar y por tanto re-enfocar sus esfuerzos, mejorando la focalización, la selección y la entrega de intervenciones de prevención y optimizar los fondos.

El último artículo¹¹, pone énfasis en el la complejidad de las intervenciones, señalando que, un cuarto de siglo de respuesta la epidemia ha creado un enorme cuerpo de conocimientos acerca de al transmisión del HIV y las vías en cómo prevenirlo. La brecha entre el conocimiento de lo que es necesario en la prevención del HIV y lo que se hace actualmente y se ha alcanzado, es enorme y no debemos descuidar este momento de reflexión.

¿QUE SE VIENE EN EL FUTURO?

El debate global sobre el futuro manejo del SIDA, recién ha comenzado. Pero también es justo reconocer los meritos de ONUSIDA, tales como: hacer de las ONG parte del gobierno, trabajar con grupos de la sociedad civil y disminuir los precios de los antiretrovirales.

La mayor falla de ONUSIDA ha estado en la respuesta preventiva al SIDA. Las debilidades de ONUSIDA tienen que ver con su pasividad frente a los programas dirigidos por ideologías antes que por evidencias. y no dirigirse los derechos de los grupos de alto riesgo Se critica la sobreestimación de los casos¹³. El SIDA es una amenaza excepcional; solo en una subregion: el sur del África. En otros lugares no puede ser sostenida la amenaza y se daña la credibilidad del SIDA en los ojos de especialistas de salud pública. Se debate ahora, si la vigilancia debería volver a la OMS o a un comité científico enteramente independiente no contratado por ONUSIDA.

Desde el punto de vista institucional, se señala la duplicación de esfuerzos. Se menciona que las dos oficinas de OMS y ONUSIDA, están a poca distancia y en la misma calle en Ginebra. Muchos se preguntan ahora sí, es necesario que esta situación siga igual; mientras que otros sienten que ONUSIDA necesita una mayor revisión, para que sea pequeño, apoyador, mejor manejado y mas abierto a la incertidumbre y al debate. En el fondo, de lo que se trata ahora, es de pasar de un plan de emergencia a uno que fortalezca los sistemas nacionales de salud y se dirija a las causas raíces de la epidemia incluyendo los factores sociales y económicos. La encrucijada es como pasar de una estrategia “pull” (abatir) a una estrategia “push” (retroceder).

La necesidad que tiene ONUSIDA de evolucionar y adaptarse a la actual arquitectura de la salud global para sobrevivir, requiere de un gran liderazgo. El principal desafío del nuevo Director Ejecutivo, el ciudadano de Mali, Michel Sidibé será sostener la visibilidad, la rendición de cuentas y establecer el vínculo de la respuesta global al SIDA con el fortalecimiento de los sistemas de salud. Elementos claves para el manejo de la sostenibilidad en la siguiente década.

POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES

En esta etapa de cambios de políticas y estrategias globales, los países tendrán también que revisar las políticas y estrategias nacionales, más basadas en evidencias científicas y no en ideologías. Cada país debe tener una sola estrategia nacional, una sola guía de tratamiento, un solo marco para el monitoreo y la evaluación de las intervenciones. En los sistemas nacionales de salud fragmentados de América Latina, esta situación no siempre se da, debido a la débil capacidad de rectoría.

Para responder de esta manera, se necesita mejorar la transparencia y la responsabilidad por los actos, en la

entrega de servicios para las ganancias efectivas en salud para aquellas personas o grupos en riesgo.

A tono con las nuevas tendencias, la respuesta actual de los países, es revisar la aplicación de la ciencia de la prevención del SIDA, viendo de una manera creativa cómo deben ser agregadas y combinadas los diferentes portafolios de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales, al mismo tiempo buscando el fortaleciendo los Sistemas Nacionales de Salud.

Habiendo establecido el mapa de ruta hacia donde se quiere llegar, se debe buscar el financiamiento apropiado, implementando las nuevas políticas, midiendo su avances mediante un monitoreo participativo y alcanzando las metas que se establezcan de antemano.

Las políticas y prácticas nacionales deben mejorar la coordinación entre los actores nacionales e internacionales. En esa dirección, se debe entrar a una etapa de diálogo abierto y público entre los diferentes individuos y grupos sociales interesados en el control de esta epidemia en nuestros países. En esa dirección se construye la institucionalidad para la gobernabilidad en salud y enfrentar de una manera efectiva los viejos y nuevos problemas de salud que agobian a nuestras sociedades

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steinbrook, R. The AIDS Epidemic- A progress report from Mexico City. *The New England Journal of Medicine* 359; 9: 885-887. August 28, 2008
2. El-Sadr, W, et. la. The President's Emergency Plan for AIDS Relief-Is the Emergency Over? *The New England Journal of Medicine* 359; 6: 553-555. August 7, 2008
3. Horton, R. Putting prevention at the forefront of HIV/AIDS *The Lancet* Vol. 372: 421-22, August 9, 2008
4. England, R. The writing is in the wall for UNAIDS *BMJ* Vol. 336. 1072, 10 May 20084
5. Merson, M. HIV Prevention 1: The history and challenge of HIV *The Lancet* Vol. 372: 475-, August 9, 2008
6. Padian, N. HIV Prevention 2: Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward *The Lancet* Vol. 372: -, August 16, 2008
7. Roehr, B. Mexico conference considers pre-exposure prophylaxis for AIDS *BMJ* Vol. 337. 336, 16 August 2008
8. Coates, T. HIV Prevention 3. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *The Lancet* Vol. 372: 669-, August 23, 2008
9. Rao Gupta G. et. al. HIV Prevention 4: Structural approaches to HIV prevention *The Lancet* Vol. 372: 764-, August 30, 2008
10. Bertozzi, S. HIV Prevention 5: Making HIV prevention programmes work. *The Lancet* Vol. 372: 831-, September 6, 2008
11. Piot P. HIV Prevention 6. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *The Lancet* Vol. 372: -, September 13, 2008
12. Das P. et. al. What next for UNAIDS *The Lancet* Vol. 372: 9656: 2099-2102, December 20, 2008

CORRESPONDENCIA

Arturo Iglesias Bedoya

arturo_yg@yahoo.es