

HIV/Sida al comenzar el milenio: hechos y tendencias

RUBÉN DARÍO GÓMEZ

RESUMEN

SE PRESENTAN LOS INDICADORES DE LA EPIDEMIA a diciembre de 1999 y se discuten algunas de las implicaciones para los programas de control.

INTRODUCCION

Con alguna frecuencia se piensa que los aspectos epidemiológicos de una enfermedad se refieren a sus estadísticas. Esta concepción es parcialmente cierta, pero conduce a una aplicación muy limitada de la epidemiología pues las mediciones realizadas en los grupos humanos pueden ser muy dinámicas y no necesariamente aplicables en todas las condiciones. En relación con el comportamiento de la epidemia del HIV/SIDA en el mundo, las principales estadísticas disponibles aparecen en la Tabla N° 1. Para un epidemiólogo, estas cifras sólo son importantes si contribuyen a esclarecer la historia natural y social de la enfermedad y a identificar los puntos donde ésta puede ser controlada a voluntad. La información disponible sobre el HIV SIDA evidencia, entre otros aspectos, que regiones y grupos muy cercanos geográficamente presentan diferencias marcadas en relación con la diseminación y gravedad de la epidemia; este hecho reviste especial importancia práctica, pues el

.....
DOCTOR RUBÉN DARÍO GÓMEZ, MD, Profesor, Universidad de Antioquia.

TABLA N° 1
HIV-SIDA EN EL MUNDO
ESTADÍSTICAS DE LA EPIDEMIA A DICIEMBRE DE 1999 (*)

Indicador	Total	África Sub Sahara	África Norte y Oeste	Sureste Asiático	Asia Oriental y Pacífico	América Latina	Caribe	Europa Oriental y Asia Central	Europa Occidental	Norte América	Australia Y Nueva Zelanda
Adultos y niños que viven con el HIV	33'600	23'300	220	6'000	530	1'300	360	360	520	920	12
Casos nuevos de HIV en adultos y niños durante 1999	5'600	3'800	19	1'300	120	150	57	95	30	55	0.5
Prevalencia en adultos entre 15 y 49 años (en porcentaje)	1.1	8.0	0.13	0.69	0.068	0.57	1.96	0.14	0.25	0.56	0.1
Porcentaje de mujeres infectadas por HIV	46	55	20	30	15	20	35	20	20	20	10
Defunciones acumuladas desde el inicio de la epidemia	16'300	13'700	70	1'100	40	520	150	17	210	450	8
Defunciones por SIDA en 1999	2'600	2'200	13	320	18	49	29	10	9.6	14	<0.5
Estimado acumulativo de menores de 15 años que han quedado huérfanos por SIDA hasta 1999	11'200	10'700	15	200	5.6	100	83	0.5	9	70	<0.5
Década estimada de comienzo de la epidemia		Fines 70s	Fines 80s	Fines 80s	Inicio 90s	Fines 70 Inicio 80s	Fines 70 Inicio 80s	Fines 70 Inicio 80s	Fines 70s	Fines 70s	Fines 80s

(*) Cifras absolutas, en miles de personas

Fuente: ONUSIDA. Programa de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA. La epidemia de SIDA: Situación a Diciembre de 1999. <http://unaids.org>. Marzo 6 del 2000

método epidemiológico considera que en la comprensión y control de estas diferencias radica la clave para controlar la epidemia. Se discuten a continuación las tendencias más importantes de la epidemia y sus implicaciones para el control.

- 1. La incidencia de infección por el HIV sigue en aumento en todo el mundo a expensas de los países no industrializados.**

Los estimativos del programa de las Naciones Unidas para el control del SIDA UNAIDS y la Organización Mundial de la Salud OMS sugieren que la epidemia avanza de manera silenciosa, precisamente en aquellas regiones del mundo donde no se dispone de técnicas para registrarla, como es el caso de los países no industrializados, siendo el sureste Asiático y Europa Oriental, dos de las regiones donde la epidemia se está diseminando con mayor velocidad. En el mundo, más del 75% de los nuevos casos de infección ocurren como consecuencia de contacto sexual; cerca del 15-20% ocurren por exposición a agujas contaminadas y 5-10% a transmisión vertical de madre a hijo. Entre los casos de transmisión sexual, el 75% corresponde a contactos heterosexuales y el 25% a contacto sexual entre varones homo y bisexuales. Sin embargo, esta distribución es variable. Los contactos homosexuales aún revisten cierta importancia en América del Norte, América Latina y Europa Occidental; en el África y el sureste asiático, donde la epidemia avanza rápidamente, el contacto homosexual explica menos del 1% de las nuevas infecciones, pero la transmisión perinatal va en aumento y oscila alrededor del 20% de todos los casos.

- 2. La expansión de la epidemia es actualmente mayor entre los grupos humanos más pobres.** Para 1999 los casos acumulados de infección por HIV se estimaban en 33.6 millones en todo el mundo, de los cuales 5.6 millones ocurrieron

en este último año, cuando se estima que ocurrieron cerca de 15.000 infecciones diarias. La gran mayoría de estos casos nuevos ocurrieron en los países del tercer mundo: Sur del África, Asia, Sur del Asia y Sur de las Américas (Tabla Nº1). Cerca de 1600 niños se infectaron en 1999 y alrededor de 14.000 personas en edad reproductiva (15-49 años), entre las cuales más del 40% eran mujeres y más del 50% eran adultos jóvenes entre 15 y 24 años. Para comienzos del año 2000, en el Sureste Asiático, donde la epidemia se encuentra en fase de incremento rápido, se prevén más de 1'300.000 casos nuevos por año, superando ampliamente al África, donde la epidemia ha llegado a niveles muy altos pero muestra cierta estabilización.

- 3. La prevención ha mostrado ser efectiva.** La incidencia ha disminuido en algunas regiones donde la población tiene acceso a medidas preventivas adecuadas. En contraste con el aumento global de la incidencia, la disminución de los casos nuevos es marcada en Norteamérica y Europa Occidental como resultado de medidas efectivas de prevención; en Tailandia y Filipinas, los programas han logrado estabilizar y aún reducir las tasas de infección. Los registros y estimaciones sugieren que, en países donde se han aplicado medidas efectivas de prevención, la reducción de los casos no ocurre de manera homogénea en todos los grupos. En Estados Unidos, la incidencia continúa aumentando en los grupos con menor acceso a los servicios como son los hispanos y los americanos de origen africano.

- 4. A pesar de la elevada mortalidad,** la prevalencia de la infección por el HIV sigue aumentando en todo el mundo y parece que continuará haciéndolo en los próximos años. Dado que hasta el momento la condición de seropositividad para el HIV es irreversible, su prevalencia refleja el

número acumulado de casos que hayan logrado sobrevivir al momento de la medición. Cuando la epidemia de infección por el HIV comienza en un grupo, los casos nuevos (incidencia) registran el aumento; sin embargo los infectados no fallecen inmediatamente y su acumulación hace que la prevalencia sea mayor que la incidencia; años más tarde, cuando comienzan a fallecer los enfermos, la prevalencia puede empezar a bajar, aunque la incidencia continúe aumentando. La prevalencia puede seguir subiendo hasta el momento en que el número de defunciones (mortalidad) iguale al número de casos nuevos (incidencia). En los países industrializados de Norteamérica y Europa occidental las prevalencias se encuentran en fase de aplanamiento mientras aumentan peligrosamente en América Latina, Asia y Europa Oriental. El incremento es dramático en África subsahariana donde se estimaba que, para 1999, el 8.0% de la población de adultos entre 15 y 49 años, estaba infectada; otro caso dramático se da en el Caribe donde la prevalencia en este mismo grupo pudo ascender en 1999 a 1.96%; en las demás regiones del mundo esta medición puede estar aún por debajo del 0.7% (Tabla N° 1). En los países donde se aplican los recientes tratamientos antirretrovirales, puede preverse un aumento en la prevalencia, potencializado por el efecto reductor de la mortalidad que ha mostrado esta terapia. Lo anterior permite sustentar, como lo han hecho ya algunos estudios, que la prevalencia del HIV es un buen indicador de la magnitud del problema pero no lo es para controlar la dinámica de la epidemia ni el impacto que pueda lograrse.

- 5. La mortalidad por HIV/SIDA** va en aumento a pesar de los nuevos esquemas de tratamiento. En promedio, durante 1990 el SIDA causó el 1% de todas las muertes en el ámbito mundial; proporción que podría aumentar al 2% en el año 2020. Desde comienzos de la epidemia, y

hasta 1999, se estima que más de 16.3 millones de personas han muerto a causa del SIDA en todo el mundo, entre ellos 3.6 millones de niños. Solo en 1999, el SIDA ocasionó más de 2.6 millones de defunciones, de las cuales más del 95% ocurrieron en los países no industrializados.

- 6. La terapia antirretroviral** está generando cambios en el perfil epidemiológico pero sus efectos a largo plazo son aún inciertos. Al respecto se han hecho los siguientes análisis. Mediante combinaciones de drogas antirretrovirales, especialmente inhibidores de proteasas, se puede reducir la carga viral, la progresión a SIDA, la mortalidad por esta causa y la transmisión madre-hijo, además de mejorar la calidad de vida. Sin embargo, la adherencia a estos complejos regímenes terapéuticos y las interacciones farmacológicas constituyen un problema para muchos pacientes e introducen sesgos en los ensayos que valoran los resultados de la terapia. En la actualidad el precio de estos tratamientos es alto y su disponibilidad es muy limitada, aún en países industrializados. El efecto neto de la terapia combinada antirretroviral sobre el perfil epidemiológico de la epidemia es aún una incógnita, pues está ligado a la disponibilidad de los medicamentos en los países de mayor incidencia y la disponibilidad concomitante de tratamientos efectivos contra las enfermedades oportunistas.

CONCLUSIONES

EN CONTRA DE LAS PREDICCIONES OPTIMISTAS de mediados de los 90 sobre el comportamiento de la infección por HIV en el mundo, y a pesar de los nuevos tratamientos antiretrovirales, la incidencia va en aumento, la prevalencia irá en aumento y las defunciones por SIDA continuarán en aumento. Una excepción se observa en los países industrializados y

en los sectores poblacionales con capacidad adquisitiva (los cuales concentran menos del 10% de los casos del mundo), donde la mortalidad se reducirá. A menos que se realicen acciones específicas para reducir las inequidades de tipo socioeconómico, las diferencias en las tasas de infección por VIH y la mortalidad por SIDA entre los países ricos y los pobres continuarán ampliándose.

La OMS considera que el mayor obstáculo para mejorar la eficacia de los programas de prevención y control de la epidemia es la falta de voluntad política en los diferentes países y ha encarecido a los gobiernos a extremar sus medidas de prevención y protección, especialmente a los grupos más pobres.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA. Programa de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA. La epidemia de SIDA: Situación a Diciembre de 1999. <http://unaids.org>. Marzo 6 del 2000
2. Global HIV/AIDS surveillance. UNAIDS-WHO. Geneve. 1999.
3. MANN J, TARANTOLA D, NETTER TW. AIDS in the world. The Global Aids Policy Coalition. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1992.
4. SCHARTLANDER B, SITTOTRAI W. Commentary: HIV/AIDS in the 1990s and beyond. Bulletin of the World Health Organization 1998; 76: 437.
5. WAWER MJ, SERWADDA D, GRAY RH, SEWANKAMBO NK, LI C, NALUGODA F, LUTALO T, KONDE JK. Trends in HIV-1 prevalence may not reflect trends in incidence in mature epidemics: data from the Rakai population-based cohort, Uganda. AIDS 1997; 11: 1023.
6. MURRAY CJL, LÓPEZ AD. The global burden of disease. Global burden of disease and injury Series. Vol 1. WHO, Harvard School of Public Health, World Bank. Cambridge Ma: Harvard University Press. 1996.
7. PALELLA FJ JR, DELANEY KM, MOORMAN AC, LOVELESS MO, FUHRER J, SATTEN GA, ASCHMAN DJ, HOLMBERG SD. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med 1998; 338: 853.
8. EGGER M, HIRSCHL B, FRANCIOLI P, SUDRE P, WIRZ M, FLEPP M, RICKENBACH M, MALINVERNI R, VERNAZZA P, BATTEGAY M. Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. Swiss HIV Cohort Study. BMJ 1997 315: 1194.
9. HOGG RS, O'SHAUGHNESSY MV, GATARIC N, YIP B, CRAIB K, SCHECHTER MT, MONTANER JS. Decline in deaths from AIDS due to new antiretrovirals [letter]. Lancet 1997 May 3; 349(9061): 1294.
10. CUNNINGHAM WE, HAYS RD, Ettl MK, DIXON WJ, LIU RC, BECK CK, SHAPIRO MF. The prospective effect of access to medical care on health-related quality-of-life outcomes in patients with symptomatic HIV disease. Med Care 1998 36: 295.
11. CONNOR EM, SPERLING RS, GELKER R, KISELEV P, SCOTT G, O'SULLIVAN MJ, VAN DYKE R, BEY M, SHEARER W, JACOBSON RL. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with Zidovudine treatment. New England Journal of Medicine 1994; 331: 173.
12. MANSERGH G, HADDIX A, STEKETEE R, NIEBURG P, HU D, SIMONDS RJ, ROGERS M. Cost effectiveness of short course zidovudine to prevent perinatal HIV type 1 Infection in subsaharan African developing country setting. JAMA 1996; 276: 139.
13. CDC. HIV/AIDS mortality continues to fall. Commun Dis Rep-CDR-Wkly 1998; 8: 269.
14. DETELS R, MUÑOZ A, MCFARLANE G, KINGSLEY LA, MARGOLICK JB, GIORGI J, SCHRAGER LK, PHAIR JP. Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. Multicenter AIDS Cohort Study Investigators. JAMA 1998; 280: 1497.
15. IOANNIDIS JP, BASSETT R, HUGHES MD, VOLBERDING PA, SACKS HS, LAU J. Predictors and impact of patients lost to follow-up in a long-term randomized trial of immediate versus deferred antiretroviral treatment. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1997; 16: 22.
16. HOROWITZ HW, TELZAK EE, SEPKOWITZ KA, WORMSER GP. Human immunodeficiency virus infection, Part I. Dis-Mon. 1998 Oct; 44(10): 545-606.
17. OPS. Hacer frente al SIDA: Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No 570. Washington. 1998. P 10-12.