

El Mito de una Pandemia Generalizada de Sida

Como se desperdician miles de millones en innecesarios
programas preventivos para el SIDA

James Chin

Clinical Professor of Epidemiology

School of Public Health

University of California at Berkeley



El Mito de una Pandemia Generalizada de Sida

Por James Chin

Enero 2008

International Policy Network
Third Floor, Bedford Chambers
The Piazza
London WC2E 8HA UK
t: +4420 7836 0750
f: +4420 7836 0756
e: info@policynetwork.net
w: www.policynetwork.net

Diseñado y montado en Latin 752 por MacGuru Ltd
info@macguru.org.uk

Primera Publicación por International Policy Press, Una división de International Policy Network.

© James Chin 2008

Todos los derechos reservados. Sin limitar los derechos de copyright reservados arriba, esta publicación no podrá ser reproducida, almacenada o introducida a un sistema de descarga, o transmitida por cualquier medio o de cualquier manera (electrónica, mecánica, fotocopiada, grabada o de alguna otra manera) sin el consentimiento previo del propietario del copyright y del editor.

Sponsoring organisations

Alternate Solutions Institute, Pakistan
Centro de Estudios Economico-Sociales, Guatemala
Centro de Investigaciones de Instituciones y Mercados de Argentina
CEPPRO, Paraguay
Free Market Foundation, South Africa
IMANI Center for Policy and Education, Ghana
Institut für Unternehmerische Freiheit, Germany
Instituto Veritas, Honduras
International Policy Network, United Kingdom

La Campaña Para la Lucha contra las Enfermedades

www.fightingdiseases.org

La Campaña para la Lucha contra las Enfermedades busca aumentar el nivel de alerta colectivo sobre las realidades de las enfermedades sufridas en las regiones más pobres del planeta, así como la necesidad de lograr soluciones pragmáticas para estas enfermedades. Los miembros de la Campaña Para la Lucha Contra las Enfermedades, CLE, incluyendo miembros del sector académico, organizaciones no gubernamentales (ONG's) y Centros de Reflexión, argumentan a favor de asignarle prioridad a la acción a niveles locales, nacionales e internacionales, a fin de garantizar que el tiempo y el dinero asignados sean utilizados de la manera más efectiva para salvar vidas y lograr los mejores resultados con recursos limitados.

Acerca del Autor

James Chin, MD, MPH, es Profesor Clínico de Epidemiología en la Escuela de Salud Pública, Universidad de California en Berkeley.

Fue Jefe de la Unidad de Supervisión, Pronósticos y Evaluación de Impacto del programa Global sobre el SIDA (PGS), Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 1987 y 1992.

jchin@socrates.berkeley.edu

Resumen

Desde sus inicios a mediados de la década de 1990 la ONUSIDA y sus asesores científicos han estado confundiendo al público y a los formuladores de políticas en lo referente a las dimensiones y las tendencias de la pandemia del SIDA. En adición a sus cálculos errados ONUSIDA ha exagerado el potencial de una epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, entre las poblaciones “generales”. Como agencia que se define a sí misma como defensora [contra el SIDA] la ONUSIDA merece una excelente calificación por su labor dedicada y efectiva de defensa, pero su comprensión de la epidemiología del SIDA no es consistente con lo que ha ocurrido. A mediados de 2005, ONUSIDA publicó una advertencia acerca del “empeoramiento cuántico” de la trayectoria de la pandemia del SIDA. Aún así, en su informe actualizado en Noviembre de 2007 admitió finalmente que la incidencia global del VIH (nuevos contagios) había llegado a su tope a finales de la década de 1990 y había estado declinando desde entonces.

Sin embargo, la honesta falta de comprensión o la distorsión deliberada de la epidemiología del VIH, no debe permitir que se debilite la respuesta global contra esta pandemia sin precedentes. La incidencia global del VIH bien puede haber llegado a su tope hace una década, pero el impacto global de casi treinta millones de personas viviendo con el VIH en 2008, aún requiere una respuesta global también sin precedentes. El apoyo internacional que se ha logrado obtener para el Fondo Global no debe reducirse ya que, aún con los estimados más bajos posibles de prevalencia del VIH, los fondos existentes serán insuficientes para enfrentar las necesidades de los programas de tratamiento del VIH en los países de bajos recursos.

Los programas de ONUSIDA y SIDA fuera del África Sub-Sahariana deben detener el despilfarro de miles de millones de dólares anuales en programas dirigidos al público general, especialmente los jóvenes, quienes fuera del África Sub-Sahariana presentan riesgo mínimo o inexistente de una transmisión epidémica del VIH. Los mitos “gloriosos” que se perpetúan todavía desde el ONUSIDA, esos de que la pandemia del SIDA está motorizada por la pobreza y la discriminación y que las “próximas olas” de la epidemia del VIH en algunas poblaciones heterosexuales son inevitables, deben ser abandonados, más temprano que tarde. Si ello no ocurre, puede generarse una reacción del público y de los formuladores de política en detrimento de los programas contra el SIDA en todas partes.

El Mito de una Pandemia Generalizada de Sida

Como se desperdician miles de millones en innecesarios programas preventivos para el SIDA

La pandemia del SIDA no ha cambiado de manera dramática durante el pasado año ni durante los últimos meses. Sin embargo, la perspectiva actual de la pandemia, la cuál el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) se vio finalmente obligada a aceptar en su informe actualizado, publicado en Noviembre 21, 2007¹, es casi completamente lo contrario de lo que la ONUSIDA había estado describiendo durante la última década.

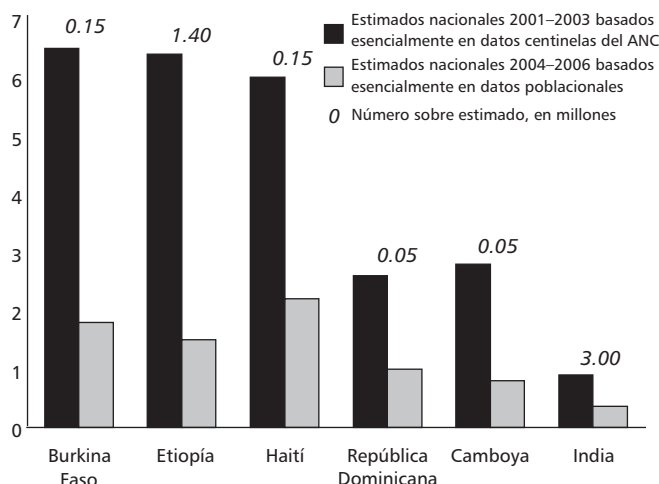
La pandemia del SIDA continúa siendo una de las enfermedades infecciosas más severas de la era moderna pero su impacto ha sido y continuará siendo muy irregular. En algunas poblaciones del África Sub-Sahariana (AS) muy afectadas, en los hombres quienes tienen contacto sexual con hombres (HSH), y en grupos de drogadictos alrededor del mundo, quienes se inyectan (DI), el impacto demográfico ha sido desastroso, pero en casi todas las demás poblaciones ha sido mínimo o inexistente. Durante la última década, he tenido las siguientes áreas de discrepancias con ONUSIDA². Creo que ONUSIDA ha: (1), sobrestimado en mucho la prevalencia del VIH (el número de personas quienes viven con una infección del VIH); (2), ha mantenido, hasta cerca del año pasado, que la pandemia del SIDA estaba en una continua trayectoria ascendente cuando, en realidad, había estado declinando durante la última década; y (3) ha exagerado el potencial de una epidemia del VIH entre las poblaciones “generales”.

El informe actualizado de ONUSIDA de Noviembre de 2007 aceptó que había elaborado o aceptado estimados muy altos y poco realistas de la prevalencia del VIH y que la pandemia de SIDA no está en continuo crecimiento o en continua expansión, ya que su

incidencia llegó a un tope en las postrimerías de la década de 1990 y ha estado declinando desde entonces! El estimado de ONUSIDA de la prevalencia global del VIH en 2007 (33,2 millones) fue inferior en más de 6 millones al estimado de 2006 (39,5 millones). Sin embargo la enormidad de la sobrestimación hecha por ONUSIDA de los números globales del VIH puede apreciarse mejor si se observan los estimados de ONUSIDA de incidencia global del VIH (nuevos contagios) de 2006 y los estimados de 2007. ONUSIDA estimó la incidencia global del VIH durante 2006 en 4,3 millones (alrededor de 12.000 nuevos infectados al día) y bajó los estimados para 2007 hasta casi la mitad, 2,5 millones (alrededor de 7.000 nuevos infectados al día). La Figura 1 muestra la enorme

“ONUSIDA ha sobrestimado en mucho la prevalencia del VIH... y ha exagerado el potencial de una epidemia del VIH entre las poblaciones “generales”.”

Figura 1 **Tasas de prevalencia del VIH en países selectos del África, Caribe y Asia**
% VIH seropositivos entre la población de 15 a 49 años



sobrestimación de la prevalencia del VIH en países selectos, en el África Sub-Sahariana, el Caribe y Asia. El apéndice muestra detalles adicionales sobre la cuantía de esta sobrestimación de la dimensión y tendencia de la pandemia del SIDA en el África Sub-Sahariana y Asia.

ONUSIDA ha admitido finalmente que ha medido incorrectamente tanto la dimensión como la tendencia de la pandemia del SIDA- la primera de mis tres desavenencias con ONUSIDA. Sin embargo ONUSIDA persiste en anunciar que el VIH está al borde de traspasar la frontera de las poblaciones “generales”, desde su alto foco de prevalencia en los HSH y en las redes de DI para generar una epidemia heterosexual del VIH. Este artículo contiene mi evaluación de, y respuesta a, éste y otros mitos “gloriosos” relacionados con el SIDA que continúan siendo cultivados por ONUSIDA.

Antes de poner en evidencia estos mitos y falsas concepciones, será útil hacer una explicación sobre la transmisión del VIH y los principales factores determinantes de la transmisión de una epidemia del VIH.

Transmisión del VIH⁴

El VIH es transmitido de una persona a otra persona fundamentalmente por vía sanguínea y por fluidos sexuales, como el semen, así como también por cualquier otro fluido corporal que pueda contener sangre. La probabilidad o riesgo de una transmisión del VIH para un caso cualquiera de contacto es directamente proporcional a la cantidad de sangre o semen infectados intercambiados. Este riesgo oscila entre un límite inferior de transmisión en 1 por 1.000 coitos de una fémina infectada por el VIH a la pareja masculina, hasta un 90% o más de transfusiones de sangre infectada con el VIH. La gran mayoría (hasta 90%) de personas en las poblaciones “generales” no están en riesgo mensurable de ser expuestas al VIH. Sin embargo, las siguientes personas o grupos pueden estar en variables niveles de riesgo de estar expuestos y, por ende de recibir o transmitir el virus.

A. Aquellos expuestos a fluidos y sangre infectada por el VIH durante el acto sexual.

1. Heterosexuales o HSH que llevan a cabo actividad sexual no protegida con múltiples y concurrentes parejas, especialmente en grupos de gran tamaño y con traslajos.
2. Todas las parejas regulares/permanentes de personas infectadas con el VIH – no importa la manera como la pareja infectada se haya contagiado del VIH – por ejemplo, parejas discordantes (una tiene el VIH, la otra no).

B. Aquellos expuestos a sangre o productos sanguíneos infectados con el VIH.

1. Niños nacidos de madres infectadas con el VIH
2. Personas quienes reciben sangre o productos sanguíneos infectados y personas bajo cuidado médico quienes son accidentalmente inyectadas con equipos contaminados con el VIH, incluyendo personas infectadas mediante procedimientos errados de recolección de plasma.
3. DI quienes comparten agujas e inyectadoras con otros DI, especialmente en grupos extensos de DI.

Principales factores determinantes en la transmisión epidémica del VIH

Un problema principal en la comprensión de la transmisión del VIH es la definición de la propagación de la epidemia. La definición general de “epidemia” encontrada en la mayoría de los diccionarios – una enfermedad o condición que afecta muchos individuos en una área o una población al mismo tiempo – no ayuda a entender las principales diferencias contenidas en los principales patrones de la transmisión del VIH. El concepto epidemiológico del número reproductivo (R_0) del agente de una enfermedad infecciosa es muy específico y es más valioso para describir la dinámica de transmisión del VIH, especialmente la diferencia entre la transmisión epidémica y no epidémica del VIH. R_0 describe, como valor sencillo, el potencial epidémico de un agente infeccioso. Cuando, en promedio, una persona infectada contagia a más de una otra persona. R_0 es

mayor ($>$) que 1 y el resultado será la propagación epidémica del agente. Sin embargo, cuando en el promedio una persona infectada no contagia a más de una otra persona, R_0 será menor ($<$) que 1 y la propagación epidémica no ocurrirá. Cuando R_0 es < 1 el agente infeccioso desaparecerá lentamente y, si permanece cerca de 1, el agente se mantendrá en la población con mínimo o ningún crecimiento (es decir, se convierte en endémico). La transmisión epidémica del VIH ($R_0 > 1$) ocurrirá principalmente como resultado de aquellas conductas humanas que colocan al individuo en alto riesgo de adquirir o transmitir la infección.

Los patrones de intercambio de parejas sexuales y la prevalencia de personas quienes regularmente tienen parejas sexuales múltiples y concurrentes son los determinantes primarios de la rapidez y de la extensión de la transmisión del VIH por vías sexuales ($R_0 > 1$). Si las personas sexualmente activas tienen muchas parejas diferentes, pero una a la vez por meses o años, (es decir, parejas sexuales en serie como sucede en la mayor parte de los países desarrollados), sería difícil para el VIH diseminarse entre personas cuyo único riesgo de infección es a través del acoplamiento sexual. Cuando las parejas sexuales múltiples son frecuentemente concurrentes, el VIH o cualquiera otra enfermedad infecciosa transmitida por vías sexuales (ITS), se puede propagar rápida y extensamente. El sexo comercializado es un ejemplo importante de la existencia de parejas múltiples y concurrentes.

Otro factor principal en la propagación epidémica del VIH ($R_0 > 1$) es el tamaño y el patrón de las redes o grupos de actividad sexual y la presencia de una mezcla (o traslapes) entre los diferentes grupos. En poblaciones con un alto patrón de riesgo y con prevalencia de conductas sexuales a riesgo, habrá invariablemente una incidencia relativamente alta de ITS y de otros factores que pueden facilitar significativamente la transmisión sexual del VIH. Una epidemia sostenida de transmisión del VIH por la vía sexual ($R_0 > 1$) solo puede ocurrir en poblaciones donde existen grandes números de personas que practican la actividad sexual sin protección y con parejas múltiples y concurrentes. La manera como una

“La pobreza es una hipótesis social y políticamente atractiva para explicar la alta incidencia del VIH, pero los datos existentes apoyan lo contrario.”

Figura 2 **Riesgo de transmisión del VIH basado en el patrón de intercambio de la pareja sexual**

Número Anual (frecuencia/Intercambio)	Patrón de Intercambio	Riesgo de Transmisión del VIH*	Ejemplos
Uno o Ninguno	Monógamo o abstinencia	Cero o casi cero	Mayoría de heterosexuales y muchos HSH
Docenas, semanales o mensuales	En serie	Bajo ($R_0 < 1$)	Hasta 20% de adultos en países occidentales
Hasta docenas en países (semanales a mensuales)	Concurrentes	Moderado a alto ($R_0 > 1$)	20–40% adultos en países del África Sub-Sahariana y HSH
Varios centenares (diarios/semanales)	Concurrentes	Alto ($R_0 > 1$)	MSM y P en pequeñas redes sexuales
Hasta mil o más (Diarios)	Concurrentes	Máximo ($R_0 > 1$)	Basado en P, de burdeles y HSH en baños públicos
Parejas con VID discordantes (poco o ningún intercambio)	Sin intercambio, no en serie	Riesgo anual $< 10\%$	Esposo o pareja regular de una persona infectada con el VIH

*El riesgo de transmisión del VIH por vía sexual es directamente proporcional a la prevalencia del VIH y de los factores facilitadores o protectores en los grupos específicos sexualmente activos.

incidencia alta del VIH puede penetrar en estas poblaciones depende de la prevalencia de factores facilitadores que puedan incrementar el volumen de sangre y fluidos sexuales intercambiados (Sexo traumático, sexo “seco”, enfermedades sexuales transmisibles y concurrentes tales como herpes genital y chancroideo, etc) y la incidencia de factores protectores que puedan limitar el intercambio del VIH y fluidos infectados con el VIH (circuncisión masculina y uso consistente del condón).

Los riesgos de la transmisión sexual del VIH se ilustran en la Figura 2.

Los mitos y los malentendidos sobre la dinámica de transmisión del VIH

Los siguientes son los que considero constituyen los principales mitos y mal entendidos relacionados con el VIH/SIDA que continúan en uso por ONUSIDA, las agencias principales sobre el SIDA y los activistas que apoyan los paradigmas predominante de ONUSIDA, los cuáles son políticamente y socialmente correctos pero epidemiológicamente incorrectos. – si programas efectivos de prevención del VIH/SIDA no se dirigen al público general, especialmente a todos los jóvenes, una epidemia de transmisión del VIH entre heterosexuales

brotará en casi todas las poblaciones donde aún no ha ocurrido.

Factores determinantes políticos y socialmente correctos de una alta incidencia del VIH

La pobreza y la discriminación son factores principales determinantes de una alta prevalencia del VIH – esta letanía usada por ONUSIDA y la mayoría de los programas sobre el SIDA es social y políticamente correcta pero no existen datos epidemiológicos que apoyen este mito o mal entendido sobre la transmisión del VIH. La pobreza es una hipótesis social y políticamente atractiva para explicar la alta incidencia del VIH, pero los datos existentes apoyan lo contrario.

Las personas en el 20 por ciento superior en ingresos en Kenia, Tanzania y Etiopía poseen tasas de infección del VIH varias veces mayor que las personas en los porcentajes inferiores – probablemente porque las personas más adineradas, tanto hombres como mujeres, poseen un número mayor de parejas sexuales.

Los países más ricos del África Sub-Sahariana tienen las tasas de prevalencia del VIH más altas mientras que los países más pobres del mundo tienen las tasas más bajas. La pobreza, como factor principal de la transmisión del VIH es un mito glorioso no fácilmente abandonado, a pesar de que no existan datos epidemiológicos para apoyarlo.

En 1987, Jon Mann, el primer Director del Programa Global sobre el SIDA de la Organización Mundial de la Salud (GAP/WHO), declaró apropiadamente que la búsqueda de un tratamiento efectivo y una posible cura para el SIDA constituía un derecho humano inherente a todas las personas viviendo con el VIH. Sin embargo, agregó: “Ser excluidos de la actividad social central, o ser objeto de discriminación en base a raza/etnicidad, nacionalidad, religión, género o preferencias sexuales, generó (genera) un incremento de la infección por el VIH”. Desde mi perspectiva, la discriminación claramente erige barreras

a los tratamientos y programas contra el VIH/SIDA pero no es un factor determinante de las conductas que propician el riesgo al VIH. Este mito glorioso fue aceptado rápida y acriticamente por los activistas del SIDA y es la tesis central de la letanía de ONUSIDA, de que la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a la atención de la salud sean los principales factores determinantes en la alta prevalencia del VIH.

El mito de una epidemia “generalizada” del VIH entre los heterosexuales

El origen de este mito glorioso se deriva del corto tiempo de duplicación de los casos de SIDA identificados en los primeros años de la década de 1980, lo cuál llevó a la

falsa conclusión de que el SIDA era causado por un agente altamente infeccioso. Las observaciones sobre la presencia de conductas de alto riesgo al VIH (altos niveles de intercambio de parejas en muchos HSH y algunas poblaciones heterosexuales y el uso compartido y frecuente de material para la

inyección de drogas) en virtualmente todos los países del mundo, también condujo a la creencia de que la epidemia del VIH ocurriría eventualmente en todas las poblaciones. Sin embargo no es lógico deducir de esto que el potencial de una extensa epidemia del VIH en HSH, DI, prostitutas (P) y sus clientes masculinos se encuentra presente por igual en todas las poblaciones y países. Más aún, no es posible para el VIH saltar a cualquiera población “general” desde esos grupos de alto riesgo y propagarse de manera epidémica a la gente

“común”. No hay expertos con credibilidad sobre las enfermedades transmitidas por vía sexual, ITS, que se preocupen porque el virus del herpes genital, el cuál puede ser cien veces más contagioso por contacto sexual que el VIH, pueda jamás llegar a ser una infección “generalizada”, capaz de barrer a través de poblaciones generales.

En la Conferencia Asiática sobre el SIDA de 1997, en Manila, Peter Piot, el Director de ONUSIDA, advirtió en

“No es posible para el VIH saltar a cualquiera población “general” desde esos grupos de alto riesgo y propagarse de manera epidémica a la gente “común””

“Este mayor énfasis sobre la prevención de una epidemia “generalizada” del VIH significa que habrá menos recursos para prevenir la transmisión del VIH entre personas con el mayores niveles de conducta de alto riesgo del VIH.”

su discurso principal que cuando la epidemia del VIH brote en los países asiáticos, “el VIH cortará a través de las poblaciones asiáticas como un cuchillo caliente a través de mantequilla fría”. Aparte de numerosas epidemias del VIH entre los DI y las poblaciones de HSH, no han ocurrido epidemias significativas del VIH entre los heterosexuales en ningún país asiático desde que el Dr. Piot hizo su pronóstico aterrador y lleno de colorido, excepto las identificadas en las postrimerías de la década de 1980 y los inicios de la década de 1990 en Tailandia, Myanmar, Camboya y algunos estados de la India. El Dr. Piot es, indudablemente, el más prominente e influyente defensor de los programas sobre el SIDA. Su comprensión o, en mi opinión, su falta de ella, sobre la epidemiología del VIH sirve como principal motor de los programas de prevención del VIH. En uno de sus discursos sobre el SIDA en Asia dijo: “Detengamos la insensatez de tratar de establecer un “límite natural” a la epidemia [de VIH/SIDA] en Asia y el Pacífico...”. Mi respuesta es que es insensatez epidemiológica negar que haya límites naturales a la transmisión epidémica del VIH, basados en los patrones y la prevalencia de conductas de riesgo al VIH!

La transmisión del VIH requiere usualmente el intercambio de significativas cantidades de sangre infectada o fluidos sexuales. Así, solo un pequeño porcentaje de la mayoría de las poblaciones generales o personas “comunes” correrían un riesgo moderado a alto de infección por el VIH. En contraste, el virus de una pandemia de influenza sería capaz de propagarse de manera general en cualquier población, porque los infantes, niños y adultos (jóvenes y viejos) estarían expuestos a un riesgo moderado a alto de infección por este agente. Exagerar el potencial del VIH para propagarse entre la población “general” es un mito “glorioso” perpetuado por ONUSIDA y por la mayoría de los activistas del SIDA, parcialmente para evitar el estigma en aquellas personas que poseen los mayores niveles de conducta de alto riesgo al VIH (HSH, DI, y P y sus clientes).

Este mito de un alto potencial de epidemias generalizadas del VIH ha causado la utilización de un

volumen innecesariamente grande de esfuerzos y fondos financieros en programas dirigidos a la población general y, especialmente, a los jóvenes quienes, fuera del África Sub-Sahariana, enfrentan un riesgo mínimo o inexistente de estar expuestos al VIH. Este mayor énfasis sobre la prevención de una epidemia “generalizada” del VIH significa que habrá menos recursos para prevenir la transmisión del VIH entre personas con los mayores niveles de conducta de alto riesgo del VIH. La ONUSIDA y los activistas del SIDA han utilizado este mito efectivamente, a fin de obtener un mayor cuota del limitado presupuesto global para la salud, a expensas de otras necesidades urgentes de salud pública.

Ejemplos específicos de este despilfarro incluye los \$100 millones que el Fondo Global (GFATM) ha dispuesto para el apoyo de un programa de concientización sobre el SIDA para niños de escuela en Bangladesh el año pasado. Estos fondos han podido utilizarse mejor en el incremento de programas de extensión para DI, HSH y P en Bangladesh. En adición, los requerimientos presupuestarios aparentes del ONUSIDA de 2008 para la prevención del VIH en países de bajos y medianos ingresos es de más de \$11.000 millones e incluye \$1.000 millones para programas dirigidos a la juventud no escolar! Esta partida presupuestaria para jóvenes no escolares constituye un uso dispendioso e injustificado de los fondos públicos para la salud.

“Mientras miles de millones de dólares se desperdician anualmente en programas de SIDA para prevenir epidemias del VIH en poblaciones que no están en riesgo...aquellas enfermedades fácilmente evitables continúan matando millones de niños cada año.”

El presupuesto propuesto para ONUSIDA incluye partidas para intervenciones diversas y en 2008 incluye una partida de \$1.126 millones para jóvenes fuera de la escuela, \$108 millones para jóvenes en la escuela, y \$628 millones para prevención en el sitio de trabajo⁵.

Mientras que algunos de estos fondos serán utilizados de manera útil en el África Sub-Sahariana, los gastos hechos fuera de esta región se desperdiciarán en gran medida. Al menos \$5000 millones se han despilfarrado en estas categorías durante los últimos cinco años y actualmente el despilfarro anual es de unos \$1000 millones y crece cada año.

Estos fondos son utilizados de manera especialmente dispendiosa porque varias enfermedades de la niñez –

enfermedades diarreicas, malaria, sarampión, crup y tétanos – representan conjuntamente una cuarta parte (unos 4 millones) de muertes infantiles globales por año. Existen medidas efectivas y relativamente poco costosas de prevención y/u otros tipos de tratamiento para estas enfermedades infecciosas. Mientras miles de millones de dólares se desperdician anualmente en programas de SIDA para prevenir epidemias del VIH en poblaciones que no están en riesgo de epidemias de transmisión del VIH ($R_0 > 1$), aquellas enfermedades fácilmente evitables continúan matando millones de niños cada año. Esta es una clara señal que existe un serio defecto en el desarrollo de las prioridades globales para la salud.

La principal característica del VIH como agente de una enfermedad infecciosa es que su riesgo de transmisión, en ausencia de factores facilitadores, es muy bajo en el caso de un contacto sexual único. Esta característica del VIH no es algo que los programas sobre SIDA usualmente incluyan en sus mensajes educativos sobre la transmisión del VIH. Tanto Jon Mann como su sucesor Mike Merson, me instruyeron específicamente no distribuir una tabla I que había preparado sobre el riesgo de transmisión del VIH, ya que esta tabla indicaba que, en ausencia de factores facilitadores, el riesgo de la transmisión del VIH por causa de un solo coito era de cerca de 1 en 1000 o más bajo. Ambos estaban conscientes de que mi tabla era correcta, pero ambos creyeron que distribuir esta información al público sería enviarles un mensaje confuso sobre el riesgo de transmisión del VIH por la vía del acto sexual no protegido.

Aparte de la baja posibilidad de infección del VIH, el patrón y la prevalencia de la conducta de riesgo al VIH difiere significativamente de un país a otro. Las encuestas hechas por la Organización Mundial de la Salud y el Programa Global del SIDA (GPA/WHO), sobre conocimiento sexual, actitudes, conductas y prácticas (CACP) llevadas a cabo a finales de la década de 1980 encontraron que el patrón de intercambio de parejas sexuales en la mayoría de las poblaciones del África Sub-Sahariana era principalmente sobre una base concurrente (dentro de grupos o redes sexuales

pequeñas pero con traslajos), mientras que en la mayoría de los países desarrollados el intercambio de parejas sexuales es principalmente en serie y no concurrente. Los estudios de CACP también encontraron que un gran porcentaje (hasta el 40%) de las mujeres en algunos países del África Sub-Sahariana tienen sexo fuera del matrimonio, mientras que menos del 2% de las mujeres asiáticas reportaron esta conducta.

Estos hallazgos, así como la observación de que la prevalencia de múltiples factores facilitantes que pueden incrementar el riesgo de la transmisión del VIH por la vía sexual son, en conjunto, al menos 10 y hasta 100 veces más altos en algunas poblaciones del África Sub-Sahariana comparadas con otras poblaciones, explica el por qué la transmisión epidémica ($R_0 > 1$) heterosexual del VIH ha ocurrido en algunas poblaciones del África Sub-Sahariana pero no en la mayoría de las otras poblaciones. En los pocos países asiáticos donde la epidemia de transmisión del VIH entre heterosexuales ha sido documentada entre las prostitutas, estas epidemias se pueden atribuir a las grandes redes de comercio sexual existentes.

ONUSIDA ha clasificado de manera arbitraria e inapropiada una prevalencia del VIH del uno por ciento o mayor en la población de 15–49 años como una epidemia generalizada del VIH. Las implicaciones falsas de esta clasificación es que virtualmente todos los adultos sexualmente activos están en un riesgo casi igual o “generalizado” de adquirir una infección del VIH. ONUSIDA y los activistas del SIDA han ignorado el hecho, de manera honesta o intencionada, de que el VIH es muy difícil de transmitirse sexualmente. Al negarse a aceptar el hecho de que el VIH es muy difícil de ser transmitido sexualmente en ausencia de patrones y conductas de altos niveles de riesgo, los programas sobre el SIDA han evitado designar algunas poblaciones como más promiscuas que otras. Es mucho más correcto político y socialmente el mensaje de salud pública que diga que la promiscuidad sexual existe en todas las poblaciones y que, por tanto, el riesgo de la transmisión epidémica del VIH entre heterosexuales entre el público “general” o la gente “común” solo puede prevenirse mediante programas dirigidos a la población general y,

“Las “próximas olas” de epidemias del VIH pronosticadas durante la década de 1980 para la población general heterosexual nunca se materializaron.”

especialmente, a los jóvenes, que incluyan una agresiva abstinencia, ser fiel al cónyuge y el uso consistente del condón (AFC).

Es preciso anotar que en una población como la del estado de California, aún asumiendo una efectividad del 100 por ciento en un programa de abstinencia sexual, un logro tan notable no tendría virtualmente ningún impacto sobre la tasa de infección del VIH en el estado. En países con una baja incidencia [del virus], los programas generales de educación sobre VIH/SIDA enfocados hacia lo jóvenes no son esenciales. Como miembro activo de la Iglesia Unida Metodista creo que evitar el sexo premarital y extramarital es tan vital y requerido en poblaciones con baja incidencia del VIH como en las poblaciones con alta incidencia del VIH. Sin embargo, como un objetivo epidemiólogo de enfermedades infecciosas creo que la prohibición de todo sexo pecaminoso en poblaciones de baja incidencia [del virus] no es necesaria para prevenir la transmisión del VIH por la vía sexual.

Una pandemia paralela de “expertos” en SIDA (la mayoría sin adiestramiento epidemiológico) ha utilizado una variedad de modelos epidemiológicos para proyectar una gran epidemia entre heterosexuales en países donde las tasas de incidencia del HIV en la población general son aún muy bajas. Estos “expertos” han sonado alarmas para advertir que las “próximas olas” de la epidemia del HIV son inminentes, o que el VIH está al borde de saltar a la población general desde los focos existentes de poblaciones de HSH y de DI. Las “próximas olas” de epidemias del VIH pronosticadas durante la década de 1980 para la población general heterosexual nunca se materializaron. La mayoría de estos “expertos” sobre el SIDA han emitido alarmas sobre epidemias del VIH entre heterosexuales en países desarrollados y han dirigido su atención hacia los grandes países del Asia.

La respuesta que recibí de un formulador de políticas de la oficina de la Organización Mundial de la Salud en Pekín, después de mi reunión de información sobre la

situación de VIH/SIDA en China, es típica de lo que he llegado a esperar de la mayoría de los defensores de los programas sobre el SIDA. Ella me dijo que mis conclusiones sobre el bajo potencial de una epidemia del VIH entre heterosexuales en China bien podrían ser correctas pero que ella no estaría segura de que representaba con precisión la situación del VIH/SIDA en China, ya que la situación descrita por ONUSIDA era completamente diferente. Ella agregó: “Cuál es el daño de mantener al público y a los formuladores de política temerosos de un brote epidémico en ciernes del VIH entre los heterosexuales en la China, si la conducta de riesgo sexual no es reducida o eliminada?” El daño básico, desde mi perspectiva, es que, en China y en virtualmente todos los países fuera del África Sub-Sahariana, los programas de prevención están mal orientados y esencialmente malgastados en el público general y en los jóvenes, quienes están en poco o ningún riesgo ($R_0 > 1$) de una transmisión del VIH entre los heterosexuales.

Los puentes del HIV hacia la nada

Otro mal entendido importante sobre la dinámica de transmisión del HIV es asumir que los hombres bisexuales infectados o los drogadictos que se inyectan (hombres o mujeres) sirven de poblaciones “puentes” para la entrada del HIV en las poblaciones heterosexuales generales.

Por ejemplo, Patricio Márquez, el especialista principal de salud y jefe de un equipo del Banco Mundial para un proyecto de control del HIV/SIDA y de tuberculosis financiado por Rusia, informó a una publicación del Banco Mundial acerca de los riesgos del uso intravenoso de drogas: “estamos en una encrucijada. Hay cierta evidencia de que tanto Rusia como su vecino Ucrania ya están

experimentando la “segunda ola” de la epidemia, cuando el virus se desprende de un grupo concentrado de alto riesgo.”⁶

Lo que ha sido virtualmente ignorado durante las

“ONUSIDA se continua defendiendo al decir que siempre ha utilizado los mejores datos epidemiológicos y métodos existentes, pero desde mi perspectiva, ONUSIDA ha sido arrastrada, prácticamente chillando y dando patadas, a tener que aceptar cifras y tendencias más realistas acerca del VIH.”

últimas décadas es que tales “puentes” han ocurrido y siguen ocurriendo en el caso de transmisiones “no epidémicas” ($R_0 < 1$) entre parejas con el VIH discordante, es decir, la transmisión del VIH de una persona infectada (no importa como esta infección haya sido adquirida), a su esposo (a) o pareja sexual regular. Hasta el año 2008 en curso este ha sido probablemente el mecanismo predominante de transmisión del VIH en todo el planeta, pero estas transmisiones usualmente representan “puentes hacia la nada”. Esto es así porque la transmisión epidémica del HIV ($R_0 > 1$) entre heterosexuales no ocurre ni puede ocurrir en población alguna sin la presencia de un patrón de muy alto riesgo y frecuencia (diaria o al menos semanal) de intercambios de parejas sexuales. En ausencia de tales patrones de intercambios de parejas sexuales no ocurrirá ninguna propagación epidémica significativa ($R_0 > 1$). Esto es exactamente lo que ha sucedido después de los centenares de casos de epidemias del VIH que se han documentado entre poblaciones de HSH y DI en todo el mundo, desde los inicios de la década de 1980. Esto es lo que también ha sucedido con las numerosas personas infectadas del VIH que han viajado desde el África durante las décadas de 1960 y 1970. Han existido probablemente centenares o miles de estos “brotos” o “puentes” que introdujeron el VIH en muchas poblaciones pero que no iniciaron un surgimiento epidémico significativo hasta que estos “brotos” entraron en baños para homosexuales, “galerías de tiro” de DI y/o establecimientos de gran tamaño tipo prostíbulos.

Discusión e implicaciones de políticas

Como agencia global principal de defensa contra el SIDA desde la mitad de la década de 1990, ONUSIDA ha sido muy exitosa en lograr un apoyo global sin precedentes para los programas del VIH/SIDA. Sin embargo, ha logrado este éxito, en gran medida, mediante la exageración de la dimensión y tendencias de la pandemia del SIDA. Los voceros de ONUSIDA han dicho: “ONUSIDA no exagera datos para beneficiar su labor⁷. ONUSIDA se continua defendiendo al decir que

siempre ha utilizado los mejores datos epidemiológicos y métodos existentes y ha sido asesorada de manera regular por los mejores expertos internacionales sobre el SIDA.

ONUSIDA atribuye su aceptación de los menores estimados y la declinación global de la incidencia del VIH a “una mejor comprensión de la pandemia del SIDA”⁸ derivada de mejores datos y métodos. ONUSIDA y sus defensores nos harían creer que han estado en la vanguardia de la recolección de mejores datos sobre el HIV y del desarrollo de mejores métodos para estimar la prevalencia del VIH. Sin embargo, desde mi perspectiva, ONUSIDA ha sido arrastrada, prácticamente chillando y

dando patadas, a tener que aceptar cifras y tendencias más realistas acerca del VIH. A que podemos atribuir los estimados más bajos de prevalencia del VIH y su incidencia global declinante aceptados finalmente por ONUSIDA en su informe revisado de 2007? Fueron estos errores honestos debidos a una

simple incompetencia en materia epidemiológica, o a una mala interpretación “gloriosa” y deliberada de datos defectuosos y no representativos sobre el VIH, o a una mezcla de ambos factores hecha por ONUSIDA y por sus mejores asesores científicos? La esencia del asunto es que ONUSIDA estaba claramente equivocada y que tanto los números decrecientes como la declinación en la tendencia global eran obvios, aún usando los conjuntos previos de datos y métodos errados de ONUSIDA! Jim Shelton y sus colegas usaron los datos recolectados en la década de 1990 y mostraron que la incidencia anual del VIH había llegado a su tope durante esa misma década en la mayoría de los países severamente afectados del Africa Sub-Sahariana!⁹

La incidencia global del VIH bien puede haber llegado a su tope hace una década, pero el impacto global de cerca de 30 millones de personas viviendo con el VIH, cifras de 2008, aún requiere una respuesta global masiva. Mis escenarios futuros de VIH/SIDA incluyen una declinación general de la prevalencia del VIH, sin cambios significativos en los patrones regionales de transmisión del VIH que se establecieron durante las décadas de 1980 y 1990. En contraste marcado con el

tenaz mito de ONUSIDA de las próximas olas de una epidemia generalizada del HIV, no espero o pronostico epidemia significativa alguna del HIV entre heterosexuales en poblaciones donde estas epidemias no han ocurrido.

Algunos meses después de que el artículo de Shelton, sobre la llegada a su punto máximo de la incidencia global del VIH, fuera publicado en *The Lancet*, ONUSIDA, en su informe de Mayo 2006 a una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre SIDA (AGONUS) se vio obligada a aceptar que la incidencia anual global del VIH había llegado a su tope al final de la década de 1990. Personalmente dudo que ONUSIDA hubiese informado al AGONUS que la incidencia global del VIH hubiese llegado a su tope si el artículo de *The Lancet* no hubiese sido publicado. Sin embargo ONUSIDA ha permanecido en silencio total sobre si la llegada a su tope y posterior declinación de la incidencia global anual del VIH significa que la meta del Milenio para el Desarrollo de la ONU para el HIV/SIDA – *Pararlos para el 2015 y comenzar a revertir la propagación del HIV/SIDA* – se cumplió hace una década.

Donde la transmisión epidémica del VIH ha ocurrido entre grupos de HSH,DI y de personas heterosexuales con parejas múltiples y concurrentes (en muchas poblaciones del Africa Sub-Sahariana y en algunas P y sus clientes), mis escenarios proyectan declinaciones muy lentas en la prevalencia del VIH; pero, en algunas de esas poblaciones puede existir una prevalencia estable o una prevalencia ligeramente en aumento debido al efecto de programas efectivos de tratamiento contra el VIH.

La prevención efectiva de una transmisión epidémica del HIV seguirá constituyendo una meta difícil de lograr. Esto es así porque la mayoría de las conductas de alto riesgo al VIH no pueden eliminarse. Las intervenciones en el campo de la salud pública para reducir el daño a los grupos de usuarios intravenosos de droga (UID), es decir intercambios de agujas, etc., son aún ilegales o sujetos a oposición en muchos países y comunidades locales. La reducción del riesgo (para la transmisión sexual) continúa siendo rechazada o, al menos, no apoyada activamente, por organizaciones que se basan, para ello, en consideraciones religiosas, particularmente por el actual gobierno norteamericano. Los programas de

prevención del VIH en los países del África Sub-Sahariana han sido severamente obstaculizados porque la mayoría de los líderes Africanos han aceptado totalmente el mito de que la pobreza y la discriminación son las principales fuerzas motoras de la epidemia del VIH. La prevención efectiva de la transmisión del VIH en el África Sub-Sahariana no será llevada a cabo hasta que los líderes Africanos de las comunidades y los nacionales no se convenzan de que la prevención del VIH requiere la reducción de las conductas sexuales a riesgo.

En adición a estos problemas a los cuáles se enfrenta la prevención de la transmisión epidémica del VIH, continuará existiendo un incremento estable de transmisiones sexuales no epidémicas en personas infectadas como resultado de conductas de riesgo con sus cónyuges o parejas sexuales regulares. De esta manera habrá un nivel intolerable de presencia endémica del VIH en muchos países del África Sub-Sahariana, varios países del Caribe, unos pocos países asiáticos y en la mayoría de las poblaciones de HSH y DI en el mundo.

La incidencia del VIH en la mayoría de las poblaciones de HSH se ha reducido a niveles “endémicos” mucho más bajos, en comparación con las altas tasas predominantes durante la década de 1980, pero las tasas anuales de incidencia para la mayoría de las poblaciones de HSH son aún intolerantemente altas. Todas las comunidades HSH y los programas de salud pública deberán colaborar para reducir la incidencia en las poblaciones HSH en todo el mundo a los niveles más bajos posibles. Además de los cambios de conducta, tales como la reducción del número de parejas sexuales y el consistente uso del condón para el apareamiento sexual con penetración, mucho más se puede y se debe hacer para reducir la cantidad de sangre o semen que es intercambiada durante contactos sexuales de HSH.¹⁰

En países con una baja prevalencia del VIH, la prevención primaria debe enfocarse hacia las personas con el más alto nivel de conductas de riesgo al VIH, a fin de evitar el inicio de una transmisión epidémica. Si la transmisión epidémica no ocurre en heterosexuales que tienen la mayor tasa de intercambio de parejas sexuales, entonces no hay razón para esperar una transmisión epidémica entre heterosexuales con una tasa menor de intercambio de parejas sexuales. Los programas sobre el

VIH/SIDA deben considerar todas las medidas de salud pública existentes para reducir el riesgo de la transmisión del VIH en personas con el más alto patrón de riesgo y prevalencia de conductas de riesgo del VIH, independientemente de si la transmisión epidémica del VIH ya ha ocurrido o no. Ello conlleva, en adición a las medidas conducentes a los cambios de conducta, (la reducción en el número de las parejas sexuales) una reducción de los otros factores facilitadores tales como otros tipos de infecciones transmitidas sexualmente, ITS, y la prestación de servicios de la circuncisión masculina donde ello sea apropiado. Si los programas de rutina de circuncisión masculina, CM, se hubiesen desarrollado con agresividad en el África Sub-Sahariana hace una década, es concebible que este sencillo procedimiento hubiese prevenido millones de infecciones por el VIH.

Muchos programas sobre el SIDA parecen estar esperando la existencia de una vacuna efectiva contra el VIH, pero la casi mítica vacuna contra el VIH parece siempre estar a una década de distancia. Debe observarse también que todas las medidas actualmente disponibles para la prevención de la transmisión del VIH no podrán y no deberán ser eliminadas o reducidas, ya que la vacuna, en el mejor de los casos, pudiera solo ser 60–70 por ciento efectiva. De esta manera, el costo del programa para una vacuna del VIH debe ser añadido al presupuesto para la prevención y no debe desplazar a ninguno de los métodos preventivos actualmente en uso. Esto no significa que una vacuna contra el VIH/SIDA no deba ser desarrollada pero indica que una vacuna contra el VIH/SIDA efectiva, cuando ella exista si es que existirá, no será la “solución milagrosa” que el público y los formuladores de política parecen desear.

Comprendo que debo caminar una cuerda delgada al criticar a ONUSIDA, ya que no deseo que sus bienintencionados malentendidos o su deliberada distorsión de la epidemiología del HIV entorpezcan la respuesta global necesaria a esta pandemia sin precedentes. El apoyo internacional que se ha logrado para el Fondo Global no debe ser reducido ya que, aún con los estimados más bajos de prevalencia del VIH, habrán probablemente fondos insuficientes para enfrentar las necesidades de programas de tratamiento del VIH en todos los países de escasos recursos. Sin embargo, los programas de ONUSIDA y SIDA fuera del

África Sub-Sahariana necesitan parar el despilfarro de fondos globales limitados en programas de SIDA dirigidos al público general, especialmente a todos los jóvenes. En particular, la concientización sobre el VIH en los sitios de trabajo y los programas de prevención en sitios fuera del África Sub-Sahariana son demasiado generales y, a menos que se enfoquen en objetivos muy específicos (por ejemplo, conductores de camiones de largas distancias, etc), constituyen un desperdicio de tiempo y dinero.

En ausencia de todo lo trágico y lo sombrío de los escenarios del VIH y sin las noticias alarmantes que se producen en advertencia de infecciones del VIH en constante crecimiento, los activistas del ONUSIDA y SIDA están aparentemente atemorizados de que el público y los formuladores de política no continúen asignándole a los programas del SIDA la misma prioridad que han recibido hasta ahora. Ellos están justificablemente preocupados de que el público y los formuladores de políticas puedan sentirse complacientes acerca de la necesidad de prevenir las transmisiones del VIH, si el riesgo potencial de una epidemia de VIH en poblaciones generales es mínimo o cerca de cero. Ellos están preocupados de que el apoyo a los programas sobre el SIDA se pueda reducir si la mayoría de la tasas regionales del VIH se mantienen estables o declinan y el VIH se mantiene concentrado en las poblaciones de HSH,DI, P y sus clientes y del Africa Sub-Sahariana. Estas son preocupaciones reales pero las tasas globales y regionales del HIV han permanecido estables o han ido declinando durante la última década. El VIH ciertamente ha continuado concentrándose en poblaciones con los más altos niveles de conducta a riesgo del VIH, y el VIH se muestra incapaz de propagarse en las vastas mayorías de las poblaciones heterosexuales.

Un rechazo continuado de estas realidades conducirán a una erosión creciente de la credibilidad que ONUSIDA y otras agencias principales de SIDA y sus expertos puedan conservar, lo cuál dañará seriamente la batalla futura contra esta enfermedad.

Apéndice

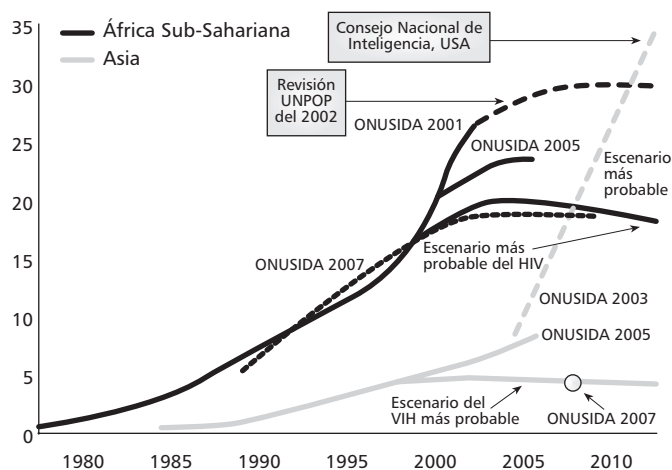
Este apéndice resume las mayores sobrestimaciones hechas por ONUSIDA y otras agencias de la prevalencia y proyecciones del HIV para el África Sub-Sahariana y Asia. Durante la última década, ONUSIDA, sus asesores científicos y numerosos “expertos” en SIDA, la mayoría de ellos sin entrenamiento epidemiológico, han conducido al público y a los formuladores de política por un camino equivocado, utilizando números poco realistas relacionados con el HIV. En los medios de comunicación ha existido una cobertura intensa del informe actualizado de ONUSIDA para 2007, especialmente en lo relacionado con la reducción en el estimado de prevalencia global del VIH, la cuál pasó de casi 40 millones en 2006 a unos 33 millones en 2007. Sin embargo, esta reducción de los números globales del HIV, hecha a fines del año pasado, es apenas la más reciente de una serie de revisiones que ONUSIDA y otros “expertos” sobre el SIDA se han visto obligados a aceptar desde 2001.

Para obtener las tendencias de prevalencia que se muestran en la Figura A, se establecieron premisas sobre el momento en el tiempo en el cuál la transmisión epidémica comenzó en cada región; luego se construyó una curva de la epidemia que encajase en el estimado más reciente de prevalencia. Al examinar la curva tope para el África Sub-Sahariana, pudiera pensarse que la prevalencia del VIH aumentó de manera estable, casi en línea recta, desde 1980 hasta un poco después de 1995; luego, durante la parte final de la década de 1990, el gradiente de la curva de prevalencia para el África Sub-Sahariana adoptó una tendencia de crecimiento más marcada. Una conclusión obvia sería que la transmisión del HIV en el África Sub-Sahariana se incrementó abruptamente durante las postrimerías de la década de 1990, lo cuál explicaría este súbito desplazamiento en la tasa de crecimiento mostrada en la curva de prevalencia.

Otra explicación posible, la cuál creo es la más probable para este aumento abrupto, es que los cálculos sobre los estimados de prevalencia anual del VIH, hechos por ONUSIDA para el África Sub-Sahariana, cambiaron significativamente en las postrimerías de la década de 1990. Este abrupto crecimiento de la tasa de prevalencia del VIH en el África Sub-Sahariana ocurrió poco después que ONUSIDA asumió la responsabilidad de desarrollar los estimados globales y regionales del VIH/SIDA¹¹

La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas (la abreviatura en Inglés es UNPOP), prepara estimados oficiales y proyecciones de la población mundial cada dos años. La *Revisión* hecha en 2002 por UNPOP de los estimados y proyecciones de la población mundial incluyó proyecciones del impacto de muertes por SIDA en el África Sub-Sahariana hasta 2050. Esta

Figura A **Estimados y proyecciones de la prevalencia del VIH entre la población de 15 a 49 años, en millones**



Revisión utilizó los estimados iniciales hechos por ONUSIDA de la prevalencia del HIV en el África Sub-Sahariana y también aceptó la premisa de ONUSIDA de que la prevalencia del VIH continuaría incrementándose hasta 2010. Las proyecciones basadas en esta sobrestimación de la prevalencia del HIV han sido magnificadas por la premisa de que la prevalencia no comenzaría a disminuir hasta después de 2010. Ello ha resultado en proyecciones muy infladas de muertes por SIDA, ya que la mayoría de las tasas de prevalencia se estabilizaron o comenzaron a declinar en los últimos años de 1990.

UNOP, basada en los estimados de ONUSIDA para 2001, proyectó que existirían unos 30 millones de adultos contagiados por el VIH en el África Sub-Sahariana en 2007, pero el informe actualizado de ONUSIDA del año pasado redujo este número a un poco más de la mitad (18,5 millones para 2007). En su *Revisión UNPOP* tuvo que reducir significativamente el impacto proyectado del SIDA sobre los patrones demográficos del África Sub-Sahariana para 2050, tanto en su *Revisión para 2004* como también en su *Revisión para 2006*. Más aun, UNPOP probablemente se verá obligada a revisar todavía más hacia abajo su proyección del impacto del SIDA en el África Sub-Sahariana en la *Revisión para 2008* ya que los estimados de ONUSIDA para la prevalencia del VIH en el África Sub-Sahariana se están acercando lenta pero progresivamente a niveles más realistas!

El estimado inicial de la prevalencia del VIH para 2001 hecho por ONUSIDA para el África Sub-Sahariana fue claramente excesivo. Basado en mejores datos y métodos para estimar la prevalencia del VIH, ONUSIDA revisó en 2005 el estimado inicial de 2001 para el África Sub-Sahariana de 26 millones a 22 millones y, en el Informe revisado de Noviembre 2007, rebajó el estimado de 2001 aun más, a 18,5 millones. En 2005 existían todavía muchos países del África Sub-Sahariana donde no se habían llevado a cabo estudios del VIH en base a población. Por ello, creí en ese momento, que los 22 millones representaban aun un estimado alto para la prevalencia del VIH para 2001 y que 19 millones era más probable. Usé esta última cifra en lo que considero es el escenario más probable del HIV para el África Sub-Sahariana (la curva gruesa para el África Sub-Sahariana en la parte inferior de la Figura A). En su Informe

actualizado de Noviembre 2007, ONUSIDA estimó una prevalencia del VIH en la población de 15–49 años para el África Sub-Sahariana, casi idéntica a mi escenario del VIH más probable – 18,5 millones en 2001 y 18,4 millones en 2007 (la línea delgada interrumpida en la Figura A).

El Consejo Nacional de Inteligencia de los Estados Unidos (CNI) ha utilizado miembros selectos del gobierno norteamericano y expertos externos al gobierno para desarrollar estimados y proyecciones de HIV/SIDA en cinco países del mayor interés estratégico para los Estados Unidos¹². Sus curvas de los estimados de prevalencia y las proyecciones para el Asia se encuentran en la parte inferior de la Figura A. El CNI proyectó en 2002 que para 2010 habrían entre 30 y 40 millones de infecciones del VIH, solo en la China e India. En 2008 el estimado de ONUSIDA para la prevalencia del HIV en todo el Asia fue reducido de 8 millones en 2006 a menos de 5 millones en 2007. Esto se debió, principalmente, a la revisión hecha al estimado de prevalencia del VIH de casi 6 millones en 2005 a unos 2,5 millones en 2007 para la India. De esta manera, para 2010 la proyección del CNI para toda el Asia será probablemente mayor, en un orden de magnitud, a lo que la prevalencia real pudiera ser. Yo dudo mucho que el CNI, o cualquiera de sus expertos, tenga el coraje de pararse y admitir que ellos estaban rotundamente equivocados en relación a su escandalosamente alta proyección del VIH para el Asia.

ONUSIDA y sus pseudo “expertos” del SIDA han proclamado, de manera falsa, que la incidencia y prevalencia global del VIH se han incrementado de manera implacable durante la última década, cuando, en realidad, se estaban estabilizando o declinando. No es demasiado sorprendente que algunos de estos pseudo “expertos” proclamen ahora un franco éxito de sus programas de prevención del VIH, en la medida en la cuál la incidencia y prevalencia del VIH continúan declinando. Sin embargo, cuanto de la tendencia declinante de la pandemia del SIDA puede atribuirse a la intervención en materia de salud pública y cuanto a una declinación natural de la pandemia del SIDA es algo que, definitivamente, será objeto de un vigoroso debate durante la próxima década.

Notas

1. Existente en <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCenter/HIVData/EpiUpdate/EpiUpArchive/2007/default.asp>
2. Estas desaveniencias más otras fueron descritas en mi libro – “La Pandemia de SIDA: La colisión de la epidemiología con la corrección política”, publicado en los inicios de 2007 (Radcliffe-Oxford, 2007). <http://www.theaidspanemic.com> provee datos recientes sobre este tópico.
3. Los mitos gloriosos son aquellos utilizados para una buena causa, por ejemplo, splendide mendax (lo falso espléndido y glorioso).
4. Mi entendimiento de la transmisión del VIH es consistente con el de los principales epidemiólogos . Fuí el autor principal del capítulo del VIH/SIDA en la 17ava edición (2000) de Manual de Control sobre las Enfermedades Contagiosas, publicado por la Asociación Americana de Salud Pública.
5. Existente en http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH10_en.pdf
6. <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1132695455908/GRHarmReductionRussia0915.pdf>
7. Información de prensa de ONUSIDA, 21 Noviembre, 2007, en http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118_qa_final_en.pdf
8. Información de prensa de ONUSIDA, 21 Noviembre, 2007, en http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071119_epipressrelease_en.pdf
9. Shelton JD, Halperin DT, Wilson D. “Has global HIV incidence peaked”? *Lancet* 2006;306 (9517):1102–2
10. Alternativas al sexo anal pueden verse en <http://www.man2nalliance.org/>
11. Me comunicó un colega involucrado en el estimado de la prevalencia del VIH hecho por ONUSIDA que, en 1997, se tomó una clara decisión administrativa de usar los rangos superiores del estimado, en lugar de los rangos medios e inferiores utilizados por PGS/OMS (siglas en Inglés son: GPA/WHO).
12. <http://www.fas.org/irp/nic/hiv-aids.html>

Desde sus inicios a mediados de la década de 1990, ONUSIDA y sus asesores científicos han estado confundiendo al público y a los formuladores de políticas en relación a las dimensiones y las tendencias de la pandemia del SIDA. En adición a estos cálculos errados ONUSIDA ha exagerado el potencial de una epidemia del virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, entre las poblaciones “generales”. Como agencia que se define a sí misma como defensora [contra el SIDA] la ONUSIDA merece una excelente calificación por su labor dedicada y efectiva de defensa, pero su comprensión de la epidemiología del VIH no es consistente con lo que ha ocurrido. A mediados de 2005, ONUSIDA publicó una advertencia acerca del “empeoramiento cuántico” de la trayectoria de la pandemia del SIDA. Aún así, en su informe puesto al día en Noviembre de 2007 admitió finalmente que la incidencia global del VIH (nuevos contagios) había llegado a su tope finales de la década de 1990 y había estado declinando desde entonces.

Los programas de ONUSIDA y SIDA fuera del África Sub-Sahariana deben detener el despilfarro de miles de millones de dólares anuales en programas dirigidos al público general, especialmente los jóvenes, quienes fuera del África Sub-Sahariana presentan riesgo mínimo o inexistente de una transmisión epidémica del HIV. Los mitos “gloriosos” que se perpetúan todavía desde el ONUSIDA, esos de que la pandemia del SIDA está motorizada por la pobreza y la discriminación y que las “próximas olas” de la epidemia del VIH en algunas poblaciones heterosexuales son inevitables, deben ser abandonados, más temprano que tarde. Si ello no ocurre, puede haber una reacción del público y de los formuladores de política en detrimento de los programas contra el SIDA en todas partes.

