

## SIDA, SOLUCIONES VIEJAS PARA UN PROBLEMA NUEVO

**E**l SIDA, y, en general el amplio y todavía imprecisamente conocido espectro de las consecuencias que provocan las infecciones por los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ha merecido el calificativo de desafío social y sanitario<sup>1</sup>. Tal carácter puede justificarse por las cuestiones inéditas que un padecimiento nuevo comporta: desde la definición misma del problema, imprescindible para llegar al diagnóstico médico y también para el estudio epidemiológico, hasta la insuficiencia de las actuales posibilidades de prevención y tratamiento. Pero, dada su extraordinaria notoriedad, el SIDA también significa un potente catalizador que pone de relieve, de una forma espectacular, muchos aspectos críticos de funcionamiento actual de los servicios médicos sanitarios.

Cuestiones como el procedimiento general de la asignación de recursos para atender a los problemas de salud, la motivación de las actitudes intervencionistas, el significado práctico del concepto de riesgo o la inevitable tensión entre salud y enfermedad y vida y muerte son algunos de los temas generales de la salud pública sobre los que el SIDA actúa como un nuevo estímulo de discusión y profundización.

Como es sabido, la justificación sanitaria de una determinada prioridad en la asignación de recursos depende, fundamentalmente, de dos factores: de la magnitud relativa del problema y de su susceptibilidad a la acción posible<sup>2</sup>. Sin embargo, la influencia de estos dos factores viene poderosamente condicionada por la presencia de otros elementos que intervienen en el proceso. La propia dinámica del sector sanitario público, que dispone de una rígida organización interna, de manera que la capacidad de maniobra para modificar la

asignación de recursos es relativamente escasa. En este contexto, la planificación por programas tiene un peso pequeño, y por ello, la competencia por los recursos se puede producir tan sólo para una mínima parte del presupuesto. Probablemente sea esta una de las razones que explican las limitaciones de los datos disponibles sobre el impacto del SIDA. Lo cual no deja de ser sorprendente respecto de un problema que se supone, por muchas fuentes, como uno de los más graves para el mundo moderno.

En efecto, los epidemiólogos españoles, reunidos el pasado mes de junio en Valencia<sup>3</sup>, pusieron de manifiesto la poca adecuación de las medidas de impacto del SIDA. El alud de cifras y datos, a veces contradictorios, que saltan a la palestra científica y a la opinión pública, contribuye a desdibujar la situación de la prevalencia de la infección y las predicciones a corto y medio plazo sobre el número esperado de nuevos casos. Tales estimaciones se basan en instrumentos muy groseros.

Una primera aproximación consiste en el cálculo de nuevos casos a partir del tiempo de duplicación de los casos registrados. Predicciones efectuadas con este método dieron pábulo, por ejemplo en los Estados Unidos, a esperar un millón y medio de casos a mediados de 1987, cuando los que se han notificado son en total 40.000<sup>4</sup>. En estos momentos se calculan, en nuestro país, distintas funciones de regresión, como por ejemplo la regresión polinómica o la semi-logarítmica<sup>5, 6</sup>. Pero siempre se trata de estimaciones basadas en el supuesto de la estabilidad del modelo de transmisión y de patogenia.

Un abordaje más realista, sin embargo, es el del cálculo de la prevalencia mínima de casos existentes, a partir de un conjunto de ecuaciones diferenciales parciales no lineales,

como las empleadas por Anderson y colaboradores en el Reino Unido<sup>7</sup>.

Los datos más frecuentemente manejados son los del número acumulado de casos por país. Estos se completan con las proporciones correspondientes a los afectados según prácticas o grupos de riesgo y, en ocasiones, con el cálculo de las tasas de incidencia globales.

Así, lo que se dice en estos momentos sobre el impacto del SIDA es que se han registrado en el mundo del orden de 60.000 casos, de los cuales casi el 70% corresponden a los Estados Unidos<sup>8</sup>. En Europa se han contabilizado, hasta el 31 de marzo, 5.687, de los cuales casi el 60% corresponden a varones adultos homosexuales y/o bisexuales y el 14% a drogadictos. El 4% se trata de hemofílicos<sup>9</sup>. Los últimos datos disponibles en España señalan un total de 624 declaraciones desde 1981<sup>10</sup>.

Aunque la epidemiología descriptiva se enfrenta a algunas dificultades metodológicas notables, como por ejemplo, el desconocimiento de los colectivos expuestos a uno o varios factores de riesgo, el comienzo insidioso del síndrome, o las limitaciones éticas para disponer de una vigilancia seroepidemiológica efectiva, parece técnicamente factible dedicar mayores esfuerzos a la cuantificación del impacto del problema. Por ejemplo, se ha destacado la importancia de la diferencia observada entre el porcentaje de casos que son drogadictos entre Estados Unidos y Europa, con un 16,4% y un 14,4% respectivamente y el 51% que corresponde a España. Esta diferencia puede obedecer a distintas razones de significado radicalmente diverso. Entre ellas al modelo de propagación y, también, al distinto peso específico de los colectivos de drogadictos en unos y otros países.

De la misma manera, se pueden

notar diferencias todavía mayores, como ocurre con los casos registrados entre los hemofílicos. Frente a un 0,9% de todos los casos americanos, se produce un 4% para los europeos y más de un 10% para los españoles.

Esta necesidad de cuantificación debe extenderse a los medios de prevención y tratamiento. Y debe hacerse, también, desde una perspectiva global; es decir, analizando la efectividad en términos de supervivencia, de calidad de vida o de disminución en la propagación de la infección. Y ello, a pesar de que la decisión de dedicar una cierta cantidad de recursos no dependa exclusivamente de tales consideraciones. Porque como mínimo dispondremos, entonces, de argumentos más comprensibles sobre la importancia del problema y sobre la adecuación de las actividades sanitarias emprendidas.

Todavía son muchas las iniciativas médicas que se toman sobre la base previa de que siempre debe intentarse todo lo posible<sup>11</sup> a pesar, o con independencia, de los resultados previsibles. Entre otras razones porque la actividad médica siempre tiene algo de prometeica y el hecho de que la mayoría de los afectados por el SIDA sean personas jóvenes, muchas de ellas previamente sanas, le confiere mayor dramatismo a la tensión entre la vida y la muerte.

Naturalmente no se trata de justificar ningún tipo de actitud nihilista, sino más bien de adecuar las intervenciones a unos objetivos asumibles. Siempre es posible conseguir que un paciente afectado de cualquier dolencia incurable pueda vivirla con el menor sufrimiento, atendiendo, entonces, mucho más a los cuidados que a la curación.

Para acabar esta breve ilustración, vale la pena poner sobre el tapete la

polémica cuestión del riesgo y su significado. Desde el punto de vista epidemiológico podemos interpretarlo en términos de probabilidades y asignarle un determinado valor a la probabilidad de contagiarse, de padecer una de las diversas manifestaciones clínicas o incluso de fallecer como consecuencia del SIDA a condición de exponerse a determinadas situaciones<sup>12</sup>. Naturalmente, esta cuantificación es útil para tomar unas u otras medidas de control. Sin embargo no parece realista deducir de ahí que cualquier situación de riesgo, por pequeño que éste sea, debe evitarse a toda costa. Porque en el caso de las enfermedades transmisibles las situaciones de riesgo pueden ser actividades absolutamente fisiológicas que no pueden interferirse sin producir efectos indeseables. Estas situaciones, como por ejemplo, las relaciones sexuales, deben tratarse por las administraciones sanitarias con un respeto escrupuloso para la libertad individual, aún cuando los conflictos ideológicos y morales sobre los valores culturales sean difíciles de evitar.

La vida comporta, por su propia naturaleza, un sinnúmero de riesgos, algunos de los cuales nadie duda que vale la pena afrontar, y la salud es algo más que la ausencia de enfermedad. Por eso una política de salud pública frente al SIDA requiere preservar, junto a la atención adecuada a los enfermos y portadores y a las medidas para limitar la propagación de la infección, la salud misma, entendida, por ejemplo, como una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa<sup>13</sup>.

#### **Andreu Segura Benedicto**

Programa de Prevención y Control del SIDA en Catalunya. Generalitat de Catalunya

#### **Bibliografía**

1. ACHNA (Asociación Cultural Hispano-Norteamericana). *El Sida: Un desafío global*. Madrid: ACHNA, 1987.
2. Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirement for Health Care*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
3. Sociedad Española de Epidemiología. *Epidemiología del Sida. VI Reunión Anual*. Valencia: Sociedad Española de Epidemiología, 1987.
4. CDCS. *Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome*. United States. *MMWR*, 1987; 36: 522-526.
5. Rodríguez Artalejo F. y cols. Predicting AIDS cases. *Lancet* 1986; i: 378-9.
6. Canela J, Sentis J, Ollé JE. Estimaciones futuras de nuevos casos de SIDA en España para los años 1986-1988. *Comunicación presentada al 2º Congreso de la SEIMC*. Mallorca: Comité Organizador 2º Congreso SEIMC, 1986.
7. Anderson RM, Blythe SP, Medley GF, Johnson AM. Is it possible to predict the minimum size of the AIDS epidemic in the United Kingdom?. *Lancet* 1987; i: 1073-5.
8. Anónimo. Acquired immunodeficiency Syndrome-Global data. *Wkly Epidem Rec* 1987; 36: 269
9. Anónimo. AIDS. Situation in the WHO European Region as of 31 March 1987. *Wkly Epidem Rec* 1987; 31: 229-230.
10. Comisión Nacional de estudio del SIDA. *Reunión 30.9.87*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
11. Cochrane A. *Effectiveness and Efficiency (Random reflections on Health Services)*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
12. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic research (Principles and Quantitative Methods)*. California: Lifetime Learning Publications, 1982.
13. X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. *Llibre d'Actes*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1977.

