
Entrada libre

Las pestes, la historia y el SIDA

Robert M. Swenson

Este ensayo apareció en la revista *The American Scholar*, primavera 1988.
Traducción Magalí Muriá.

En diciembre de 1981, apareció un artículo en el *New England Journal of Medicine* en el que se describía un curioso grupo de siete hombres quienes, sin razón aparente, tenían infecciones severas con microorganismos que antes sólo habían afectado a individuos comprometidos inmunológicamente. Pronto se conoció como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Desde entonces el número de casos se ha incrementado de manera impresionante. Para septiembre de 1987, más de 40,000 casos habían sido reportados en Estados Unidos y 50,000 casos habían sido reconocidos en otros 114 países. Este estallido mundial de una nueva enfermedad infecciosa ha desencadenado temor y aprensión. Como resultado, se ha hecho referencia frecuente a otras epidemias. Quizá más frecuentes son las alusiones a la Muerte Negra, la epidemia de peste bubónica que azotó Europa a mediados del siglo XIV. No obstante los temores actuales, ha habido escasos intentos para reexaminar epidemias previas y así establecer comparaciones y cuestionamientos que puedan ser relevantes para el SIDA. A pesar de que es una epidemia joven, creo que se puede comenzar a hacer comparaciones, esto es, ubicar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en una perspectiva histórica.

Existen al menos tres maneras de examinar estos asuntos. Primero, se pueden ver las epidemias anteriores y las formas en que han afectado a las naciones, a la política y hasta el curso de la historia. Segundo, se puede describir la "anatomía psicológica" interna de una epidemia, la serie de reacciones sociales y políticas que ocurren en el transcurso de una epidemia. Estas reacciones tienden a ser similares en todas las epidemias y ya se están dando en el actual estallido del SIDA. Por último, como el SIDA es una enfermedad que se transmite sexualmente, es ilustrativo comparar la respuesta a esta enfermedad con reacciones sociales a otras enfermedades sexualmente transmisibles en este siglo. Cada una de estas aproximaciones nos da una perspectiva diferente.

Las enfermedades infecciosas han tenido una gran influencia en la historia occidental. A pesar de que las epidemias han sido

La peste bubónica azotó Europa en 1347, pero acontecimientos de los 200 años anteriores prepararon la escena para esta gran epidemia.

frecuentes y devastadoras, se pueden jerarquizar fácilmente las formas en las que se han producido estos efectos. La primera de éstas es a través de una epidemia ampliamente expandida que afecta a toda la población de manera relativamente uniforme, cuyo resultado es la desintegración de las estructuras sociales en un periodo de cambio histórico. El ejemplo más obvio, y quizás el único, es la epidemia de peste bubónica que sucedió en Europa en el siglo XIV. Las epidemias pueden también tener efectos claramente diferentes en diversas poblaciones, de los que se desprenden cambios significativos en el balance previo de poder. La introducción de la viruela en el pueblo indígena centroamericano por los españoles es un ejemplo dramático de este efecto. Muchas batallas militares, en las que una fuerza se ve afectada más severamente que la otra, pueden verse como el ejemplo más común de este fenómeno. En los últimos 150 años, muchas epidemias pequeñas han producido cambios en las leyes que se promulgan como respuesta a la epidemia. Muchas de nuestras leyes de salud se promulgaron durante las constantes epidemias de cólera en Estados Unidos e Inglaterra a mediados del siglo XIX. Para comenzar a colocar el SIDA en una perspectiva histórica, es, creo, útil examinar detalladamente algunas de estas epidemias.

La peste bubónica azotó Europa en 1347, pero acontecimientos de los 200 años anteriores prepararon la escena para esta gran epidemia. Los siglos XI y XII fueron políticamente estables y estuvieron relativamente libres de enfermedades, y la producción de comida se incrementó considerablemente. Como resultado la población, que había alcanzado los 25 millones para 950 d.C., se había triplicado a 75 millones para 1250. Alrededor de 1300 ocurrió una caída significativa en las temperaturas de Europa, de donde vino una caída progresiva de las cosechas. La hambruna resultante forzó a muchos campesinos a mudarse a las ciudades, ocasionando una pobreza y sobrepoblación severas. Bajo estas condiciones, la población de la rata negra también se incrementó grandemente.

En las áreas urbanas, la peste es una enfermedad que afecta a las ratas; se extiende a través de la pulga de la rata. En una epidemia entre las ratas, un gran número de ellas muere. (En el libro de Camus *La Peste*, la epidemia la anuncia el gran número de ratas muertas que repentinamente aparece en las calles.) Las pulgas infectadas dejan rápidamente a las ratas muertas por una nueva presa y si otras ratas no son accesibles tratarán de alimentarse de los humanos, infectándolos. Así, es fácil ver cómo, bajo las adecuadas condiciones de pobreza, sobrepoblación e insalubridad, una epidemia como ésta podía ocurrir.

La peste estaba ya establecida en varias áreas de Asia. Sin embargo, no fue sino hasta mediados del siglo XIV que los viajes terrestres fueron lo suficientemente eficaces como para transportarla hacia la parte occidental del Mediterráneo. La epidemia llegó a Marsella en 1348 y para 1351 ya había afectado a toda Europa. Los efectos inmediatos de la epidemia fueron devastadores. El cálculo más aproximado del total de muertes durante la primera oleada de la epidemia es de 25 millones, o sea una tercera parte

de la población de Europa. Ningún grupo social se libró de ella. Después de esta epidemia, recurrentes oleadas de la peste mantuvieron a la población reducida durante otros 150 años. Las consecuencias de esta epidemia fueron incalculables. Debido a que la población fue devastada, los salarios se incrementaron dramáticamente. Como los salarios de los campesinos aumentaron, éstos fueron capaces de demandar un cambio en sus servicios. La población disminuyó más rápidamente que la caída de las reservas de comida, y la resultante caída en sus precios hizo imposible para los dueños de la tierra mantener sus posesiones. Estos cambios propiciaron directamente el fin del viejo sistema feudal.

Los efectos en la clerecía y en la iglesia católica fueron tremendos. La mortalidad entre los clérigos superó al 50%. Además, la epidemia tuvo efectos todavía más profundos en la iglesia y el pensamiento religioso. La gente rechazó la religión tradicional, la cual se percibió como un fracaso total mientras duró la epidemia. Muchos se hicieron fanáticos de religiones supersticiosas —por ejemplo, los flagelantes—, y, por generaciones, muchos pensamientos religiosos se proyectaron hacia el Apocalipsis. Esta insatisfacción con la iglesia nutrió en mucho a la Reforma.

La peste transformó también profundamente a la medicina. Muchos clérigos médicos murieron. A estos médicos se les vio como si hubiesen fracasado, lo que resultó en un alza terrible en el número y popularidad de los cirujanos. Se desarrollaron los textos médicos y empezaron los rudimentos de las indagaciones científicas. Las teorías iniciales del contagio se comenzaron a desarrollar y por primera vez se reconoció el concepto de la cuarentena. De aquí surgieron los primeros hospitales y el desarrollo de las primeras medidas sanitarias. A partir de este breve resumen de la peste bubónica debe quedar claro que sus efectos en la historia occidental fueron grandes y duraderos.

Hace falta añadir dos puntos muy importantes. La peste no pudo ocurrir donde se dio, cuando se dio, o tomar la forma que tomó si una variedad de condiciones no hubieran ocurrido para hacerla posible. Por ejemplo, la población urbana tuvo que alcanzar una cierta densidad, y las condiciones de vida y salud tuvieron que descender a cierto nivel. La población de ratas tuvo que alcanzar una cierta densidad, y cercanía con la población humana. Y finalmente, los viajes de Asia tuvieron que ser lo suficientemente rápidos y frecuentes para llevar sucesivamente los bacilos de la peste al continente europeo. Sin uno de estos elementos la peste no habría sucedido. Además los efectos devastadores de la peste continuaron porque se dieron recurrentes epidemias durante los siguientes 150 años. Si hubiera habido sólo una epidemia inicial, por catastrófica que fuera, sus efectos no hubieran sido tan grandes y ciertamente no tan duraderos.

La más reciente epidemia a nivel mundial fue el mal de la influenza que azotó al mundo en 1918-19. Los primeros casos de influenza fueron reconocidos en Camp Funston, Kansas. Dos meses después comenzaron las epidemias masivas en España, Francia e Inglaterra. El número de casos por cada cien personas

La peste no pudo ocurrir donde se dio, cuando se dio o tomar la forma que tomó si una variedad de condiciones no hubieran ocurrido para hacerla posible.



A través de la historia, las enfermedades infecciosas han tenido un efecto mayor en las batallas militares.

fue muy alto, particularmente entre adultos jóvenes. A pesar de las medidas masivas de salud pública, la influenza se extendió rápidamente por todo el mundo. Para cuando la epidemia terminó en 1919, habían muerto un millón de personas en Estados Unidos, 10 millones en la India, y aproximadamente 30 millones en todo el mundo. No obstante ser la mayor epidemia en la historia, no tuvo un efecto a largo plazo porque, a diferencia de la peste, la influenza tuvo una duración relativamente breve y las pérdidas de población se recuperaron rápidamente. (Resulta duro, pero es la verdad, decir que la población es nuestro recurso más renovable.)

Las epidemias tienen impacto mayor cuando la enfermedad tiene distinto efecto en dos poblaciones, lo que los científicos llaman "impacto diferente". El ejemplo más dramático de esto es la introducción de la viruela en Centroamérica por los españoles. Los humanos somos el único depósito para el virus de la viruela y la transmisión se da solamente de humano a humano. Si se sobrevive a la infección viene una inmunidad completa para toda la vida. Así, en áreas donde la viruela ha sido superada, la población sobreviviente es inmune, mientras en otras áreas donde la viruela no ha estado presente, la población es vulnerable. Cuando los asiáticos emigraron a través del Estrecho de Bering poco antes del 10,000 a.C., parece ser que no traían la viruela con ellos. Por esta razón, las poblaciones nativas de América estuvieron libres de la enfermedad. Para 1500, la viruela se había establecido desde hacía mucho tiempo en Europa, y como resultado la población adulta era más inmune.

En 1520, una pequeña expedición al mando de Pánfilo de Narváez dejó Cuba y navegó por América Central. Cuando la expedición llegó a México, un hombre de la tripulación tenía viruela y la infección se estableció fácilmente en la vulnerable población indígena. Desde entonces, la viruela se extendió rápidamente por Centro y Sudamérica. Durante el siglo XVI las epidemias reaparecieron, frecuentemente complicadas por último por epidemias de sarampión. Se ha calculado que de una población nativa de 25 millones, 15 ó 18 millones murieron de viruela; un factor importante, si no el más importante, en la conquista española de América fue la introducción de viruela entre la susceptible población nativa. (También se ha sugerido que la inmunidad de los españoles a esta devastadora enfermedad tenía un gran efecto psicológico en los indios, haciendo a los españoles parecer invencibles.)

A través de la historia, las enfermedades infecciosas han tenido un efecto mayor en las batallas militares. Con frecuencia un ejército ha sufrido por una enfermedad más que la fuerza opuesta, alterándose drásticamente el resultado de la batalla. En general las fuerzas de defensa tienden a ser más resistentes a sus propias enfermedades endémicas. Este efecto diferente es más marcado en una fuerza invasora. Un ejemplo dramático ocurrió durante la invasión napoleónica a Rusia.

En junio de 1812, Napoleón reunió un ejército de casi 500 mil hombres para invadir Rusia. Durante el trayecto a través de

Polonia y Rusia occidental, casi la mitad de sus tropas murieron o fueron inmovilizadas por el tifus. Para cuando Napoleón comenzó su retirada de Moscú sólo quedaban en buenas condiciones 80 mil hombres. Estas pérdidas catastróficas continuaron, y para junio de 1813 solamente 300 soldados sobrevivieron para completar la retirada. La gran mayoría de las muertes fue el resultado del tifus y la disentería, más que de los daños de las batallas o que la exposición al severísimo invierno ruso. Así, el poder de Napoleón en Europa quedó aniquilado más por las enfermedades, tifus especialmente, que por la oposición militar.

Desde mediados del siglo XIX hasta nuestros días, como las burocracias gubernamentales se hicieron más grandes y tomaron el control de una mayor parte de las funciones de la sociedad, las epidemias menores produjeron un cambio en las legislaciones vigentes en respuesta a las epidemias. Las epidemias de cólera en Estados Unidos en 1832, 1849 y 1866 son excelentes ejemplos de estos cambios.

La epidemia de cólera más fuerte comenzó en 1832. La ciudad de Nueva Orleans fue la más golpeada con cinco mil casos. Para los promedios históricos, fue una epidemia muy pequeña, pero dio inicio a los preceptos de salud pública. A principios de 1832 la legislatura del Estado de Nueva York aprobó unas leyes que capacitaban a las comunidades para establecer centros de salud, y en el verano de 1832, se creó la Oficina de Salud de la Ciudad de Nueva York. Se aprobaron y fortalecieron las medidas de cuarentena. Se establecieron los hospitales de cólera. La limpieza de los barrios bajos comenzó y se hicieron esfuerzos para controlar alimentos y medicinas. Como la epidemia cedió, el gobierno consideró que las medidas ya no eran necesarias, y se dismanteló la Oficina de Salud de Nueva York.

En 1854 John Snow demostró que el cólera se había extendido a través del agua contaminada. Para 1866 algunos físicos dudaron que el cólera pudiera portarse y transmitirse. Con el azote de la tercera epidemia de cólera, el estado de Nueva York aprobó una ley que creaba el Distrito Metropolitano Sanitario y la Oficina de Salud en la ciudad de Nueva York. Esta, la primera oficina fuerte y permanente de salud en Estados Unidos, existe hasta la fecha. Las medidas sanitarias y de salud pública fueron similares a las empleadas en 1832. Fueron también mucho más efectivas, así, sólo 591 casos de cólera ocurrieron en Nueva York durante la epidemia. Muchas de esas medidas permanecen en efecto y son las bases de la actual política de salud pública.

También se puede examinar eso a lo que me he referido como la anatomía interna de una epidemia, por lo que entiendo el comportamiento que surge como respuesta por parte de los individuos y la sociedad hacia una epidemia. De inmediato se hace evidente que existen ciertas actitudes y comportamientos que aparecen durante toda epidemia.

Primero está la negativa de que la enfermedad en cuestión está ocurriendo. El 26 de junio de 1832, los primeros casos de cólera surgieron en la ciudad de Nueva York. Cuando la Socie-

Desde mediados del S. XIX hasta nuestros días, como las burocracias gubernamentales se hicieron más grandes y tomaron el control de una mayor parte de las funciones de la sociedad, las epidemias menores produjeron un cambio en las legislaciones vigentes.



de opio— y el sangrado. Estas medidas no sirvieron para tratar el cólera y tuvieron numerosos efectos negativos. Ante el fracaso y riesgos de la medicina tradicional, no es sorprendente que fuera mayor la popularidad de la medicina naturista durante las primeras epidemias de cólera.

Un efecto final que es común en todas las epidemias es que estimulan la creación de nuevas leyes. Inicialmente, estas leyes se ven como necesarias para prevenir o controlar una epidemia, pero usualmente permanecen en vigencia un largo tiempo después de que la epidemia ha desaparecido. Por ejemplo, se promulgaron muchas leyes antes y durante las epidemias de cólera. Cien años después, muchas de esas leyes continúan prácticamente iguales.

Para entender la epidemia del SIDA, es útil revisar también las respuestas de la sociedad a la sífilis y a la gonorrea a principios de este siglo. En esa época los organismos que causaban la sífilis y la gonorrea habían sido identificados, y era claro que eran enfermedades transmitidas sexualmente. Pero a pesar de esto, hubo numerosos obstáculos para contrarrestar exitosamente estas epidemias.

Al ser evidente que estas enfermedades eran transmitidas sexualmente con graves consecuencias de salud —enfermedades mentales y esterilidad, por ejemplo—, se reconoció que hacía falta la educación sexual entre la población, y surgieron grandes obstáculos para lo que se llamó el movimiento de higiene social. Primero, los resabios de los principios conservadores de la respetabilidad victoriana hicieron prácticamente imposible la discusión de las enfermedades venéreas. El argumento básico era que la lujuria arrastraba a los hombres y que discutir del sexo con ellos solamente los haría más incontrolables. La pregunta mayor fue: ¿Cómo se les puede presentar a los hombres la educación sexual sin que reconozcan el tema? La respuesta fue incluir pláticas sobre plantas, pájaros, abejas y un poco sobre sexo. Dadas estas evasiones, pudo impartirse un poco de educación sexual. El príncipe Morrow, un líder del movimiento de la higiene, llegó a la conclusión: “los sentimientos sociales sostienen que es mayor violación a los valores de la vida pública mencionar las enfermedades venéreas que contraerlas”.

También quedó claro que un gran número de esposas de la clase media habían sido contagiadas por sus maridos, quienes a su vez habían contraído las infecciones de su trato con prostitutas. Cuando se reconoció que la gonorrea era una causa común de esterilidad, algunos temieron que la clase media estuviera cometiendo un “suicidio de clase”. En respuesta a la epidemia de enfermedades venéreas entre la clase media, los médicos promulgaron activamente la idea de la transmisión casual, no sexual (*sine coitu*) de la sífilis y la gonorrea. En esa época, al parecer era más importante proteger la reputación de los hombres de la clase media que proporcionar un entendimiento correcto de estas enfermedades. La idea de la transmisión casual sigue siendo vigente, aunque nunca se han dado pruebas que respalden que ocurra efectivamente así.

Para entender la epidemia del SIDA, es útil revisar también las respuestas de la sociedad a la sífilis y a la gonorrea a principios de este siglo.



El SIDA es la última etapa de una infección causada por el virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).

Como era de esperarse, a las prostitutas se les echó la culpa de esparcir las enfermedades venéreas. No sólo se les vio como un atentado a la moral sino también como un atentado a la salud de la familia. Debido a esto, Estados Unidos inició un esfuerzo para erradicar la prostitución. Se rechazaron por completo las proposiciones para que la prostitución pudiera ser legalizada, como en Francia. Como veremos, todas esas ideas han persistido en una forma u otra a lo largo del siglo XX con efectos profundos en nuestra respuesta a las enfermedades transmitidas sexualmente.

Con estos antecedentes, ahora podemos pasar a la epidemiología del SIDA. El SIDA es la última etapa de una infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH, identificado por primera vez en 1984, es un ácido ribonucleico. Este último se usa como guía para hacer una secuencia complementaria del ácido desoxirribonucleico que se incorpora en el cromosoma de la célula infectada. Una vez incorporado en la célula "anfitriona", el virus puede permanecer latente por varios años; la célula "anfitriona" infectada es el linfocito T4, una célula sanguínea blanca que juega un papel principal en el control de todo el sistema inmunológico. Por último, el VIH comienza a reproducirse dentro de la célula, y las nuevas partículas de virus escapan de la célula perforando su membrana y produciendo la muerte del linfocito T4. Esta lenta y progresiva destrucción de las células T4 daña finalmente el sistema inmunológico hasta el punto que la persona se vuelve vulnerable a infecciones con organismos que nunca afectarían a alguien con un sistema inmunológico "normal" —esto es, "infecciones oportunistas". El sistema inmunológico también contiene mecanismos para prevenir el surgimiento de cánceres. Como el sistema inmunológico se va dañando progresivamente, también se pueden desarrollar diferentes tipos de cáncer. El periodo final de la infección por el VIH, cuando las infecciones oportunistas o cánceres ocurren, se conoce como SIDA. Es importante recordar que ésta es una combinación de una disfunción de la inmunidad causada por el VIH más la infección oportunista, o el cáncer.

¿De dónde vino el VIH y cómo se transmite? Los retrovirus son muy viejos y se han adaptado a una variedad de animales. Por millones de años han evolucionado para sobrevivir en grandes mamíferos. Hace relativamente poco, infectaron a los primeros subhumanos mayores de Africa Central. En la mayoría de los animales los retrovirus no causan enfermedades y viven sin ocasionar daños, en relaciones simbióticas. Recientemente —en la acepción evolutiva— los retrovirus evolucionaron más, así que ahora pueden infectar a los humanos y destruir las células que infectan. Ha de notarse que el VIH sólo pudo desarrollarse en un área donde están presentes los primates subhumanos más grandes para permitir la adaptación gradual del VIH a una forma que finalmente pudiera infectar a los humanos.

La primera evidencia de la infección de los humanos por el VIH se encontró en muestras de sueros obtenidos en Africa

Central en 1959; los primeros casos de SIDA se cree que ocurrieron a finales de los sesenta. Para mediados de los setenta, los cambios en los nuevos viajes aéreos llevaron el VIH al resto del mundo. Los jumbos jets y las reducidas tarifas aéreas produjeron incrementos notables en los viajes a y provenientes de Africa, distribuyendo mundialmente el VIH. Así como los viajes del siglo XIV tuvieron que convertirse rápidos y eficientes para llevar la peste de Asia, el jet moderno se expandió por Africa Central para traer la infección al resto del mundo. Los primeros sitios fueron probablemente Europa Central y Haití. El lazo con Estados Unidos aparece con hombres homosexuales vacacionando en el área de Puerto Príncipe, Haití. Desde entonces, la infección del VIH fue llevada a las áreas con mayor concentración de homosexualidad, Nueva York y San Francisco. Factores adicionales contribuyeron en la rápida expansión entre los homosexuales. Primero, el coito anal es el medio más efectivo de transmitir el VIH. Segundo, los homosexuales son una comunidad "sexualmente cerrada", concentrada en las áreas urbanas más grandes. Finalmente, con el Movimiento de Liberación Gay se hace evidente que la promiscuidad entre los homosexuales se ha incrementado en forma dramática. De cualquier modo, debido al largo periodo latente entre la infección del VIH y el desarrollo del SIDA, los primeros casos de SIDA no ocurren en Estados Unidos sino hasta 1978.

El segundo grupo infectado por el VIH fue el de los drogadictos intravenosos. Los drogadictos homosexuales, ya infectados con el VIH, infectaron a otros drogadictos intravenosos al compartir jeringas para inyectar la droga. Los drogadictos son también, relativamente, un grupo pequeño y cerrado y la infección de VIH se esparció rápidamente entre ellos. Esta segunda oleada de la epidemia aparece tres años después que la primera. Así pues, en algunas áreas de Nueva York, el 80% de los drogadictos intravenosos están infectados.

La siguiente oleada de la epidemia, que está apenas comenzando, es la dispersión de la infección del VIH a los modelos sexuales de hombres bisexuales y drogadictos intravenosos. Un dato reciente indica que al principio de la infección una persona es menos contagiosa que después. Este fenómeno ha contribuido a otro periodo latente, así que esos casos apenas están comenzando a aparecer. La oleada final de la epidemia, que no ha comenzado, será cuando la infección del VIH se esparza mundialmente al resto de la población.

Se sabe muchísimo sobre la biología y trasmisibilidad del VIH. El virus está presente con mayor frecuencia en la sangre y en el semen. El VIH existe también en las secreciones vaginales y en la leche materna con una menor pero significativa frecuencia. Estos son los únicos cuatro líquidos capaces de transmitir la infección. Así que transmitir el VIH es muy difícil. La transmisión requiere de un gran volumen de sangre —como la transfusión de sangre— o una repetida introducción de volúmenes más pequeños —como los drogadictos intravenosos. Aun cuando los hombres pueden transmitir la infección a través de

Así como los viajes del siglo XIV tuvieron que convertirse rápidos y eficientes para llevar la peste de Asia, el jet moderno se expandió por Africa Central para traer la infección al resto del mundo.



Un resultado positivo de un examen de VIH significa solamente que la persona ha sido infectada por el virus, pero no tiene SIDA.

las relaciones sexuales con hombres o mujeres, el coito anal parece ser más efectivo que el coito vaginal. A pesar de este hecho, ninguno es un método particularmente eficiente de transmitir la infección— menos de una posibilidad en 10. Los únicos otros métodos de transmisión son perinatales —al momento de nacer— y quizá a través de la leche materna. El VIH se encuentra ocasionalmente en la saliva, las lágrimas, la orina y el líquido amniótico, aunque en cantidades demasiado pequeñas para transmitir la infección. Por esto, la transmisión casual nunca ocurre. El riesgo de infección de los trabajadores de salud que cuidan a los pacientes infectados parece ser extremadamente bajo. En un estudio cuidadoso sobre el contacto de los trabajadores de la salud con las jeringas, sólo uno de más de 240 ha sido infectado. (En una situación similar, el virus B de la hepatitis, más de 500 personas serían infectadas.) El número reducido de casos de transmisión debido al trabajo (aproximadamente ocho) aparece relacionado a un extraño o excesivo contacto con la sangre.

Al parecer todavía hay una gran confusión sobre el significado del examen de anticuerpos para el VIH. Después de la infección, el virus comienza multiplicándose dentro del cuerpo. El sistema inmunológico reconoce el virus extraño y comienza a hacer anticuerpos dirigidos contra él. Después de tres a seis meses, prácticamente todo el que ha sido infectado desarrolla anticuerpos especiales contra el VIH. Además, casi toda la gente con el anticuerpo de VIH tiene virus vivos circulando en su sangre, y pueden transmitir la infección a otros. La presencia del anticuerpo VIH significa que la persona ha sido infectada con VIH —no que está expuesta al VIH— y puede transmitir la infección. Esto difiere de otras infecciones comunes, como el sarampión, donde la presencia de anticuerpos significa que la persona que ha sido infectada es ahora inmune, y el virus no estará presente por largo tiempo en el cuerpo. Un resultado positivo de un examen de VIH significa solamente que la persona ha sido infectada por el virus, pero no que tiene SIDA. Un diagnóstico de SIDA se hace solamente cuando se desarrolla una infección oportunista o cáncer extraño, concordando el caso con la definición de SIDA.

El tema final que nos concierne es la expansión de la infección del VIH no sólo en Estados Unidos, sino también en la mayor parte del mundo. Actualmente hay pocos datos de Africa. Dos estudios pequeños de las prostitutas en Kinshasa y Nairobi revelaron que del 60 al 80 por ciento de ellas están infectadas. Otro dato de Kinshasa sugiere que el 6% de toda la población está infectado. La transmisión heterosexual es el medio de transmisión más fácil en Africa. El uso de jeringas usadas con fines médicos y las heridas del ritual no parecen ocupar un papel importante. La transmisión por medio de mosquitos u otros insectos definitivamente no ocurre —aunque el rumor es fuerte. La Organización Mundial de la Salud calcula que de 10 a 20 millones de personas están infectadas con VIH en todo el mundo.

El dato disponible para Estados Unidos es también incompleto. Aproximadamente el 80% de un grupo de homosexuales en San Francisco estudiados desde finales de los setenta por la va-

cuna de la hepatitis, es positivo. La ceropositividad entre los homosexuales parece ser más altamente variable de sitio a sitio y en otras áreas aparece considerablemente menor. En algunas áreas de la ciudad de Nueva York, el 80% de los drogadictos intravenosos son ceropositivo, pero se reduce considerablemente a medida que la distancia de Nueva York se incrementa. El único dato de la población general es de personas que donan sangre y de los reclutamientos militares. Entre los donadores de sangre sin antecedente de estar en un grupo de riesgo, cuatro de 10 000 son ceropositivo de VIH. Para mayo del 87, la presencia del anticuerpo del VIH entre los conscriptos del servicio militar es de 1.5 por 10 000, aunque en algunas áreas urbanas la presencia es de 5 a 15 por cada 1 000 entre los reclutas. Usando este dato, el Centro para el Control de la Enfermedad estima que existen de 1.5 a 2 millones de gente infectada en Estados Unidos.

¿Cuántas de estas personas infectadas con VIH desarrollarán el SIDA? El grupo estudiado por más tiempo ha sido la cohorte de homosexuales en San Francisco. A la fecha, el 36 por ciento de los hombres con VIH positivo en este grupo ha desarrollado SIDA. Durante los últimos tres años, un 5 por ciento anual ha desarrollado SIDA, y el número se incrementa cada año. Un dato similar se obtuvo con grupos de drogadictos intravenosos. Nadie conoce todavía qué porcentaje de individuos infectados con VIH ha desarrollado últimamente el SIDA.

Usando este tipo de información, el Centro para el Control de la Enfermedad calcula que para 1991 habrá 270,000 casos de SIDA en Estados Unidos. Un dato más reciente sugiere que podrá haber un 30% más (350,000). Se supone que en el resto del mundo habrá 7 millones de casos para 1991. Estos cálculos —cifras mínimas— se basan en la gente ahora infectada. Aun si la transmisión del VIH se detuviera hoy en día, esas cifras de casos seguirían ocurriendo durante los próximos cuatro años. De cualquier modo no hay razón para sugerir que la transmisión del VIH ha menguado. Así, aparece que las cifras de la gente infectada por el VIH continuarán incrementándose en un futuro próximo.

Algunas suposiciones son necesarias para poder discutir plenamente el efecto de la epidemia del SIDA. Primero, es seguro que el número de personas infectadas con el VIH continuará creciendo. Por hora los únicos métodos para evitar la expansión del SIDA es la abstinencia de la relación sexual, "sexo seguro", o en el caso de los drogadictos, evitar el uso de drogas intravenosas. La amenaza de las enfermedades transmitidas por la vía sexual nunca ha tenido un efecto significativo en la actividad sexual, y no es probable que lo tenga ahora. En las áreas menos desarrolladas, con pocos avances en los programas de control natal, parece inconcebible que el condón será usado masivamente. También los programas sobre abuso de drogas para drogadictos intravenosos no han sido eficaces. Finalmente los viajes continuarán llevando la infección del VIH mundialmente.

Los casos entre los homosexuales continuarán incrementándose. Pero la siguiente oleada de la infección del VIH —en los

La amenaza de las enfermedades transmitidas por vía sexual nunca ha tenido un efecto significativo en la actividad sexual, y no es probable que la tenga ahora.



¿Cómo es esta epidemia comparada con la peste en el siglo XIV? Simplemente no se compara ni nunca lo hará.



drogadictos intravenosos— mostrará incrementos más dramáticos. Estamos comenzando a observar la tercera oleada de la epidemia, que se da en los compañeros sexuales de los dos primeros grupos. Como esto refleja gente infectada hace varios años, esta oleada de los casos de SIDA parece estar predestinada. La oleada final de la epidemia se predice entre la población heterosexual restante. Ya que todas las epidemias anteriores de las enfermedades de transmisión sexual han sido expandidas y mantenidas finalmente por los varones de la clase media (herpes genital y clamidia son ejemplos recientes), no hay razón para sospechar que la infección del VIH será diferente. Esta parte de la epidemia puede aparecer más lentamente, a medida que la infección se diluya en el mucho mayor segmento heterosexual de la población.

El grupo de los individuos infectados por el VIH que desarrollan SIDA también continuará creciendo. Se ha notado que cada año, el 5% de aquellos infectados con el VIH ha desarrollado SIDA. Hace dos años el 25% de los homosexuales en la cohorte tenían SIDA, el año pasado 30%, y este año 35%. El año siguiente será 40%. Nadie sabe por cuánto tiempo más continuará el incremento.

Hay dos factores que pueden interrumpir o frenar estas tendencias. La azidothimidina (AZT) es una nueva droga antiviral que inhibe la multiplicación del VIH. Aunque clínicamente efectiva, su utilidad resulta limitada debido a su alta toxicidad. En los próximos cinco a siete años probablemente se descubrirán drogas más seguras y efectivas. Estas drogas alterarán notablemente la progresión de la infección por el VIH a SIDA, pero serán muy caras y difíciles de distribuir masivamente. A menos que ocurra un cambio dramático, será prácticamente imposible hacerlas llegar al Tercer Mundo. El desarrollo de la vacuna es un lento y tedioso proceso. Una vacuna segura, barata y aplicable masivamente no se hallará disponible sino hasta dentro de unos 10 ó 15 años. Poner al alcance del Tercer Mundo una vacuna sencilla y confiable tomará aún más tiempo, pero a ambas, la terapia de droga y la vacuna, tendrán acceso más pronto los grupos de alto riesgo en Estados Unidos.

Con esta información, se puede comenzar a colocar la epidemia del SIDA en una cierta perspectiva. ¿Cómo es esta epidemia comparada con la de la peste en el siglo XIV? Simplemente, no se compara ni nunca lo hará. Durante los primeros tres años de la epidemia de peste, murió entre una tercera parte y la mitad de la población de Europa. Oleadas recurrentes de la enfermedad mantuvieron a la población en ese nivel durante 150 años. La analogía contemporánea más cercana a la peste sería el holocausto nuclear (o más aún, el invierno nuclear que siguiera a algo menos que la aniquilación nuclear total). Aun si los 20 millones de infestados murieran, esta cifra sería inferior a la mortalidad registrada durante la epidemia de influenza de 1918. El efecto perdurable de la epidemia del SIDA no se apreciará en el número de vidas perdidas.

Existe una importante analogía entre las epidemias del SIDA

y de la peste. Como sucede con la peste, la forma específica del SIDA ha sido determinada por ciertos factores específicos. Primero, el VIH sólo podía surgir en Africa, donde ocurrió la evolución a través de los primates superiores. Segundo, la caza y consumo de monos infectados proporcionó una amplia oportunidad para la infección inicial de los humanos. Tercero, la expansión de la infección del VIH al resto del mundo requirió el desarrollo de viajes rápidos, frecuentes y baratos a y provenientes de Africa. Cuarto, fue extremadamente importante que el VIH se introdujera en una comunidad pequeña y cerrada (la de los homosexuales) en una época en que la actividad sexual y la promiscuidad se habían incrementado substancialmente. Esto proporcionó los medios para que el VIH se expandiera considerablemente en ese grupo. Finalmente, el compartir agujas entre los drogadictos fue una manera eficiente de infectar a ese grupo, que se convirtió entonces en el conducto de la infección del VIH al resto de la población heterosexual. Como en la peste, si cualquiera de estos factores no se hubiese presentado, la epidemia del SIDA habría sido muy diferente o quizá ni siquiera habría ocurrido.

Es mucho más útil examinar los efectos diversos de la epidemia del SIDA en varias poblaciones. Una manera de estudiar este fenómeno es atendiendo a las áreas del mundo que pueden ser afectadas. Por ejemplo, ¿qué efecto tendrá esta epidemia en Africa Central? En Africa, la infección del VIH continuará incrementándose a través del contagio heterosexual, particularmente en las zonas urbanas. Su peso recaerá en dos grupos: los hombres y mujeres jóvenes y los niños nacidos de madres infectadas. Esta concentración de los casos de SIDA entre adultos jóvenes, los líderes potenciales, tendrá probablemente efectos profundos en las naciones de Centrafrica. Los casos de SIDA neonatal están comenzando ya a minar los progresos en la reducción de las tasas de mortalidad infantil alcanzados durante los últimos veinte años, y todo indica que tales progresos serán arrasados por la epidemia del SIDA. El derrame económico será enorme y se extenderá tal vez mucho más allá de los sectores de salud en esas naciones. Como es poco probable que los medicamentos y vacunas efectivas, aun cuando existan, puedan ser proporcionados a esos países antes de finales de siglo, las consecuencias de esta epidemia serán devastadoras en ellos.

Puesto que la infección del VIH no se halla distribuida uniformemente entre la población de Estados Unidos, también es posible observar sus diferentes efectos en cada grupo. El más claro es el de los varones homosexuales y bisexuales. Probablemente la infección del VIH está más extendida entre ellos. Como los datos de frecuencia disponibles tienden a provenir de los individuos más activos sexualmente, el 80% de seropositividad de algunos estudios no puede generalizarse a los 12 millones de homosexuales que se calcula hay en Estados Unidos. Con todo, un gran número de homosexuales morirán de SIDA en los próximos diez años. Esto tendrá muchas consecuencias. Los homosexuales han modificado ya notablemente su comportamiento sexual y

Es mucho más útil examinar los efectos diversos de la epidemia del SIDA en varias poblaciones. Una manera es atendiendo a las áreas del mundo que pueden ser afectadas.



Así como la epidemia de peste del siglo XIV hizo que la literatura y el arte se centraran en el Apocalipsis, esta epidemia alterará las preocupaciones de artistas y escritores.

continuarán haciéndolo. Por ejemplo, la promiscuidad característica del pasado reciente disminuirá todavía más. Mientras el SIDA sea visto como una enfermedad de homosexuales, aumentará la discriminación contra éstos. Como resultado, menos homosexuales harán públicas sus preferencias sexuales. Poco se entiende sobre los factores e influencias envueltos en la preferencia sexual. Por lo tanto, no tenemos idea del efecto que tendrá el temor a esta enfermedad entre los jóvenes en proceso de elegir identidad sexual, si bien es probable que decrezca marcadamente la experimentación casual de la homosexualidad. Por último, continuarán siendo significativos los efectos en las áreas donde pueden concentrarse los homosexuales, entre ellas las artes creativas. Así como la epidemia de peste del siglo XIV hizo que la literatura y el arte se centraran en el Apocalipsis, esta epidemia alterará las preocupaciones de los artistas y escritores de hoy en día. De un modo muy general, estamos ya reinterpretando la experiencia contemporánea a la luz de la epidemia del SIDA y sus efectos. Casi a diario se oye un análisis, desde la perspectiva del SIDA, en alguna obra teatral, libro, película o cualquier otro trabajo creativo.

Los drogadictos intravenosos forman otro grupo que será afectado profundamente. En este momento constituyen el segmento de la epidemia que crece con más rapidez. No hay buenas razones para creer que la infección del VIH decrecerá entre estos drogadictos, que son el conducto de la infección hacia la comunidad heterosexual restante. Así, la sociedad se verá enfrentada muy pronto al dilema de gastar grandes sumas de dinero para intentar rehabilitar a los drogadictos o gastar sumas similares para separarlos de alguna manera del resto de la sociedad. Basándose en las experiencias de epidemias pasadas, apenas queda duda de que, ante esta alternativa, los norteamericanos optarán por lo segundo.

Una parte del problema es el largo periodo que transcurre entre la infección del VIH y el desarrollo del SIDA. Debido a esto, cuando la sociedad detecte casos de SIDA en la población heterosexual, la infección asintomática del VIH estará ya bien establecida en ese segmento de la población. Cuando esto suceda, se encontrarán todavía menos razones para rehabilitar a los drogadictos. Así, el enojo contra los drogadictos por propagar la infección del VIH entre el resto de la sociedad se expresará tal vez en severos castigos.

Como las epidemias de cólera del siglo XIX, el SIDA ha dado lugar, y continuará haciéndolo, a numerosas leyes y reglamentos. Hasta ahora ha habido una lucha entre proteger los derechos individuales y garantizar la salud pública. Algunos estados han aprobado leyes que requieren del consentimiento del individuo para la prueba del anticuerpo del VIH. Por el contrario, el gobierno federal exige pruebas obligatorias a algunos grupos. Usualmente se trata de grupos sin derechos civiles, como los prisioneros o los inmigrantes. (Puesto que la infección del VIH ya está expandida en Estados Unidos, no hay razón para negarle la entrada al país a una persona infectada. Esta ley tenía sentido en

1832 para prevenir la introducción del cólera, que hasta entonces no se había presentado en el país.) Como en epidemias anteriores, a medida que el SIDA se propaga, la preocupación por la salud pública puede ir en detrimento de los derechos individuales, con lo que se incrementarán las opiniones favoreciendo las pruebas obligatorias. Dentro de algunos años, éstas quizá serán la regla más que la excepción.

La "anatomía interna" de la epidemia del SIDA ha resultado llamativamente similar a la de otras en la historia. En los años de su aparición, era común escuchar declaraciones acerca de que el SIDA no era una gran epidemia, esto es, negar su existencia. Esto pronto derivó en una forma más específica de negación. Como se hizo evidente que los homosexuales y los drogadictos intravenosos eran en un principio los afectados, la gente comenzó a rechazar la idea de que la enfermedad alcanzaría al resto de la sociedad. Aunque todos los datos epidemiológicos todavía sugieren que el SIDA continuará extendiéndose gradualmente a todos los segmentos sociales, persiste la negación generalizada o la incredulidad acerca de esta posibilidad. La lenta expansión y el largo periodo de incubación han facilitado que se niegue la propagación de la infección del VIH. En este momento, más de dos millones de personas, incluyendo a muchos heterosexuales, están ya infectados, pero la atención se halla concentrada en los casos más dramáticos, que ocurren, hasta aquí, casi exclusivamente entre drogadictos y homosexuales.

La epidemia del SIDA ha proporcionado amplias oportunidades para lanzar reproches. El mundo culpa a África de "empezar" la epidemia. En respuesta, los africanos niegan que el SIDA exista siquiera en África. Los norteamericanos culpan a los homosexuales y a los drogadictos de comenzar y continuar la epidemia. Para muchos, la inmoralidad de estos grupos es lo que ocasionó que se infectaran. Por ejemplo, algunos evangelistas norteamericanos consideran el SIDA una señal de la ira divina contra los homosexuales y drogadictos. Tales actitudes recuerdan el punto de vista del siglo XIX de que la pobreza era una falta contra la moral, y el cólera una manifestación de la ira divina contra los pobres. El último rasgo común a todas las grandes epidemias es el miedo. Claramente, el miedo al contagio de la infección del VIH se ha exagerado tremendamente en la psique colectiva. De hecho, este miedo paralizante es el único tropiezo importante para instituir políticas equitativas y racionales. En el siglo XIV quemamos judíos en la hoguera; ahora quemamos casas de hemofílicos por miedo a que transmitan la infección del VIH a nuestros hijos. Es un avance muy pequeño en 500 años.

Aun aquellos que tienen acceso a información más precisa están terriblemente asustados. Al igual que en el siglo XIX, cuando no había en Nueva York médicos ni enfermeras que cuidasen a los pacientes en los hospitales de cólera, hoy los trabajadores de la salud se muestran reacios y algunas veces rechazan cuidar a los pacientes de SIDA. A las administraciones de los hospitales, así como a los médicos, les preocupa que si atienden a pacientes

La "anatomía interna" de la epidemia del SIDA ha resultado llamativamente similar a la de otras en la historia.



Parece, a veces, como si los oponentes de la educación sexual prefirieran tener gente muerta de SIDA si el precio de salvarla fuera hacerle aprender sobre sexo.

de SIDA serán vistos como hospitales o médicos de SIDA. Temen que los pacientes de SIDA los invadan y que los demás les huyan.

Como en otras epidemias, la medicina de hoy en día ha sido criticada por sus fracasos. Sin una cura accesible para el SIDA en el momento actual, hemos presenciado el surgimiento de numerosas terapias alternativas. La gente se ha adherido a los reclamos de validez de altas dosis de vitaminas, diversos remedios nutriólogicos, y otros métodos no comprobados. Enfrentada a una enfermedad incurable, no es de sorprender que la gente recurra a estas terapias alternativas. Pero, a pesar de cierta sofisticación superficial, la mayoría de estas terapias alternativas se parecen mucho a las que proclamó la medicina natural hace más de 150 años durante las epidemias de cólera.

La vía actual para controlar el SIDA se asemeja a las propuestas de principios de siglo para controlar la sífilis y la gonorrea. Para la mayoría de la gente, el SIDA es y será una infección que se transmite sexualmente. Por tanto, la única manera de controlar el contagio es educar a la gente sobre la transmisión sexual y su prevención, esto es, el "sexo seguro". En 1910 la pregunta era: ¿cómo podemos instruir a los individuos sobre sexo sin que reconozcan el tema? Ahora el problema es sólo levemente diferente: ¿cómo podemos enseñar a la gente sobre el SIDA sin hablar de sexo? Aparentemente muchos norteamericanos están convencidos de que hablar a la gente sobre sexo los llevará a entregarse a él. Parece, a veces, como si los oponentes de la educación sexual prefirieran tener gente muerta de SIDA si el precio de salvarla fuera hacerle aprender sobre sexo. Esta timidez ha conducido a eufemismos confusos, como el de "intercambio de líquidos corporales". La gente permanecerá en la ignorancia sobre la transmisión del VIH hasta que seamos capaces de hablar clara y específicamente acerca del sexo y el contagio sexual.

La idea de que las enfermedades de transmisión pueden propagarse por contactos casuales se encuentra firmemente arraigada en nuestra cultura. A pesar de que no existe evidencia científica alguna para apoyarla, ha persistido hasta nuestros días y se manifiesta en el temor al contagio casual de la infección del VIH. Tal vez en algún nivel semiconsciente, la sociedad todavía siente la necesidad de mantener esta creencia. Se da cuenta de que puede necesitarla otra vez cuando los hombres de la clase media empiecen a llevar la infección del VIH a su hogar y a sus esposas. (Hay muchas dificultades en el hecho de ser médico de pacientes de SIDA, pero una de las mayores es estar con una familia cuando la bisexualidad del marido se revela por primera vez al resto de la familia. En ese momento, todo el mundo desea con ansia que haya ocurrido el contagio casual.)

Todos estos factores producen una desafortunada combinación de circunstancias para la epidemia del SIDA en Estados Unidos. Primero, la epidemia se considera confinada en dos grupos sociales no aceptados. Añádase a esto el hecho de que la infección del VIH se transmite en formas asimismo inaceptables (esto es, sexo, particularmente "perverso", y drogas ilegales), y

no es de sorprender el poco interés de controlar la epidemia entre estos grupos o a la nerviosidad en torno al cuidado de aquellos que han sido infectados. Al respecto, es revelador que en los primeros momentos de la epidemia, mientras muy poco se estaba haciendo por los homosexuales o los drogadictos, se realizó un gran esfuerzo para "proteger nuestras reservas de sangre" cuando se comprendió que ésta era una ruta potencial para la infección hacia la sociedad. Ciertamente no critico esta importante decisión, pero al mismo tiempo se han retirado poco a poco los fondos para programas contra abuso de drogas. Esto ha minado el único medio al alcance para prevenir la expansión de la infección del VIH entre los drogadictos. Información reciente indica que está aumentando la presencia de la infección entre las prostitutas. Puesto que estas mujeres son otra ruta potencial de la infección del VIH al resto de la sociedad, pronto veremos un incremento en la atención hacia ellas. Hay fuertes razones de salud pública para enfocarse a grupos como éstos, con un gran predominio de la infección del VIH. (Esto es análogo a la estrategia de "contención selectiva" usada para erradicar la viruela.) Pero este esfuerzo también será alimentado por el sentido de culpa y transgresión moral ya presente hacia las prostitutas, y como resultado pronto veremos un incremento de los esfuerzos para identificarlas, someterlas a pruebas y aislarlas. Contrariamente, lo más probable es que se prestará poca atención a los hombres de clase media que demandan y proveen el incentivo económico por sus servicios. Todos estos fenómenos serán marcadamente similares a las reacciones ante las epidemias de cólera en el siglo XIX y ante las enfermedades venéreas a principios del presente siglo.

Las epidemias se han repetido a través de la historia. Como la comprensión científica ha aumentado y las supersticiones han cedido, muchas cosas han cambiado en torno a ellas. En formas muy importantes, estos cambios han hecho a la epidemia del SIDA distinta de cualquiera de las grandes epidemias anteriores. Sin embargo, como he intentado señalar, las respuestas de la sociedad a la epidemia del SIDA son hasta ahora muy similares a las de sociedades anteriores a otras epidemias. A pesar de que nuestra avanzada biotecnología nos ha permitido aplicar soluciones sofisticadas a los problemas biológicos del SIDA, nuestra respuesta humana ha cambiado muy poco desde previas epidemias y esto nos impide abordar con éxito muchos de los problemas sociales que forman parte de la epidemia del SIDA.

Las epidemias se han repetido a través de la historia. Como la comprensión científica ha aumentado y las supersticiones han cedido, muchas cosas han cambiado en torno a ellas.

