

La epidemia del SIDA - Situación del Perú al 2005.

The AIDS Epidemic. Situation in Peru until 2005.

Hace más de 20 años en que el Dr. Raúl Patrucco descubrió el primer caso de SIDA en el Perú y hay cambios importantes que reflexionar:

- 1) El número de casos anuales sigue aumentando a una velocidad menor que en la década de los 90' pero, sigue siendo importante; el estimado de 2000 casos anuales de SIDA y probablemente una cifra de 3 a 5 veces de personas infectadas cada año.
- 2) Que la epidemiología actual señala una frecuencia mayor de pacientes infectados son heterosexuales, mas jóvenes (la población más afectada es la de menores de 25 años) y donde la frecuencia de mujeres infectadas es creciente teniendo en este grupo una relación, hombre:mujer de 2:1. Las mujeres infectadas son monógamas en más del 70% e incluso han tenido 3 o menos parejas en toda su vida.

La "epidemia concentrada" en grupos de alto riesgo como hombres que tienen sexo con hombres, no impide de que la diseminación hacia la población general "sin riesgo" sea una realidad.

- 3) La promoción masiva de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, es casi inexistente en el Perú. Un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano de ETS y la promoción del uso del condón en la relación sexual riesgosa (definida como "cualquier relación sexual" con una pareja que no es la pareja estable), debe ser promovida de manera masiva en el Perú. Esta política no contradice una promoción del uso de abstinencia o monógama que muchas Iglesias fortalecen, por tanto crear un conflicto "moral" cuando la Salud Pública obliga a tener medidas de control en una epidemia que afecta a nuestra población especialmente población pobre y menos educada y con menor acceso a la salud, es un dilema incorrecto. Debemos potenciar actividades que permitan reducir las muertes y las infecciones por esta grave epidemia.
- 4) Así mismo, es reconocido que el diagnóstico del estadio de la infección sigue siendo tardío. En 1990, en varones, el 60% de los diagnósticos se hicieron en fase de SIDA y en mujeres el 30%. Para el año 2004, el 60% de varones se sigue diagnosticando en estado SIDA y el 50% de las mujeres ahora llegan por primera vez al consultorio en ese estado. Esta evolución claramente es una muestra de la extensión y el poco interés en diseminar la información de diagnósticos tempranos y prevención en esa población para evitar el efecto de transmisión en cadena. La búsqueda activa de síndrome retroviral agudo; o infecciones de fase III (ya tardía), también son últimas: Herpes zoster en jóvenes, diarrea por *Cyclospora cayetanensis*; cualquier ETS aguda, etc. requiere tener una prueba de ELISA para VIH, en el momento de la primera consulta y debe repetirse en 3 meses.
- 5) El esfuerzo de la Política de Estado con relación a la terapia anti-retroviral ha tenido algunos avances importantes, como la reducción de impuestos a estas medicinas, la intervención con el Gobierno del Brasil en la producción de drogas anti-retrovirales pero, lo más importante es el apoyo de las Naciones Unidas con el Fondo Global de Prevención de SIDA, TBC y Malaria que el Perú pudo obtener. Este nuevo reto, es extraordinariamente importante porque se generó en instituciones como CONAMUSA; el MINSA, los Institutos Académicos, Científicos, ONG's y las personas viviendo con VIH.

Este plan nacional debe ser entendido como una Política de Estado, independiente del Gobierno y/o del Ministro de turno. Lo importante es que, es una necesidad permanente de otorgar gratuitamente tratamiento anti-retroviral de gran actividad (TARGA) a los pacientes con criterios médicos e inmunológicos definidos. Para el año 2004, ya más de 1000 personas lo han recibido y es necesario que por lo menos 2500 pacientes más lo reciban en el 2005. Esta tarea será crítica en el futuro inmediato.

La coordinación, administración y supervisión del MINSA deben ser eficientes y con transferencia de responsabilidades a las Unidades Operativas (PRO CETSS locales). La falta de medicación o la falta de adherencia sólo llevará a tener en el futuro VIH multiresistente que produce una mayor mortalidad, morbilidad y costos que debemos evitar con una política eficiente.

- 6) Finalmente, la promoción de vigilancia epidemiológica por diversos mecanismos y la promoción de investigaciones por diversas instituciones peruanas debe ser uno de los ejes del control. La información científica generada tiene un gran impacto en la realidad actual y futura.

La promoción de Investigación Operacional en el uso de TARGA debe ser una prioridad pero, también la necesidad de reducir la transmisión con investigaciones adecuadas, incluso la evaluación de nuevas drogas, nuevos métodos de diagnóstico, nuevas medidas para el manejo de infecciones por gérmenes oportunistas, etc. Las investigaciones sobre vacunas contra el VIH también deben ser fortalecidas y apoyadas, ya que el Perú tiene grupos de investigaciones trabajadas en esta área, pionera y básica para un control futuro.

Una situación notable a considerar en que se tiene casi 2 epidemias caminando juntas a nivel mundial, la epidemia del SIDA pero, también el crecimiento de la TBC, especialmente la TBC multidrogoresistente (TBC-MDR). Este gravísimo problema no es una excepción en el Perú pues, a pesar de que el Programa Nacional de Control de TBC fue reconocido como uno de los mejores del mundo, no impidió que ahora tengan una de las cifras más elevadas de TBC-MDR, siendo el VIH/SIDA uno de los factores de riesgo más importantes con cifras como 15-20% de resistencia en TBC primario en pacientes con SIDA y 35-45% de TBC-MDR en TBC secundario en pacientes con VIH/SIDA.

Nuevamente, la reflexión señala que múltiples instituciones y personas deben intervenir para dar una respuesta científica, técnica y de servicio apropiada para este nuevo reto nacional.

Eduardo Gotuzzo Herencia , MD, FACP *

* Director del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt
Profesor Principal de Medicina, Jefe del Departamento de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital Nacional Cayetano Heredia.