

El SIDA en Africa*

Africa es el lugar del mundo más severamente afectado por la epidemia del SIDA. Por lo menos 2 millones de africanos están ya, probablemente, infectados con el virus que causa la enfermedad

JONATHAN MANN**

La historia completa del SIDA probablemente permanecerá como un misterio; lo que sabemos de éste en Africa, comenzó en Europa entre 1982 y 1983. En Francia y Bélgica los médicos se dieron cuenta de que algunas personas con SIDA eran africanos negros. En ellos no había ninguno de los factores de riesgo "clásicos" —homosexualidad y uso de drogas intravenosas—, en fuerte contraste con los pacientes en Europa y Estados Unidos desde el punto de vista clínico, los pacientes africanos sufrían los mismos síntomas que los pacientes en Haití, especialmente diarrea crónica, fiebre y pérdida de peso. Con base en éstas y otras observaciones, Jean Baptiste Brumet en Francia y Natham Chimeck en Bélgica sugirieron que el SIDA podría ser endémico de Africa central.

Estos reportes llamaron la atención de varios investigadores médicos con interés previo en Africa Central, incluyendo a Peter Piot y Philippe Van de Perre en Bélgica y Joseph McCormick en los Estados Unidos. Su interés y contactos personales con autoridades de salud en Ruanda y Zaire los llevaron a efectuar investigaciones en Kinshasa, la capital de Zaire y Kigali, en Ruanda, hacia fines de 1983.

Los investigadores identificaron 38 pacientes con SIDA en Kinshasa y 26 en Kigali y llegaron a varias conclusiones: Primero, descubrieron que la enfermedad que involucra al mismo virus en Estados Unidos y Europa, también estaba incidiendo entre africanos que jamás habían viajado fuera de su país. Segundo, mientras el virus del SIDA en africanos causaba el mismo desbalance en el sistema inmune de los pacientes en Estados Unidos y Europa, las víctimas del SIDA en Africa sufrían diferentes síntomas clínicos. Tercero, a *grosso modo*, la mitad de los casos africanos eran mujeres comparado con me-



Foto: Eliot Elisofon

* Artículo aparecido en la revista *New Scientist*, de marzo de 1987. Traducción de Patricia Magaña R.

** Director del programa especial en SIDA, de la Organización Mundial de la Salud.



Foto: James P. Blair

nos del 10% de casos en Estados Unidos y Europa. Parece ser que la transmisión heterosexual era importante en la diseminación del virus en África. La ausencia de comportamiento homosexual o uso intravenoso de drogas entre los pacientes con SIDA y los grupos de infecciones en hombres y mujeres, en conjunto sugería un vínculo heterosexual.

Una vez que estos resultados se conocieron, comenzó la búsqueda de las características del virus que causa el SIDA, llamado el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, del inglés "human immunodeficiency virus"), en muestras de sangre almacenada por varios años. Desafortunadamente esta "sero-arqueología" no tuvo mucho éxito por varias razones: para empezar, las primeras pruebas para detectar anticuerpos al HIV eran menos precisas que las que se tienen hoy. Estas primeras pruebas frecuentemente identificaban de manera errónea los anticuerpos al HIV en muestras de sangre, dando los llamados resultados "falso-positivos". Otro problema en pruebas de sangre vieja es que estos resultados "falso-positivos" pueden también ocurrir si, por ejemplo, la sangre había sido descongelada y congelada nuevamente. Para hacer la situación más compleja, muchos africanos probablemente tienen niveles relativamente altos de anticuerpos, proteínas que indican el intento del cuerpo para enfrentar la enfermedad, en su sangre, como resultado de otro tipo de infecciones como la malaria. Estos numerosos anticuerpos tienden a unirse unos a otros y causar que las muestras sanguíneas se hagan "pegajosas", lo que puede llevar a resultados falso-positivos con algunas pruebas. Por todas estas razones, los científicos ahora creen que algunas de las primeras estimaciones sobre la prevalencia del HIV en África no son precisas. Por ejemplo, en 1972-73 se dijo que dos tercios de los niños ugandeses estaban infectados con HIV.

Sin embargo algunos datos son más confiables. Por ejemplo, dos de las mejores técnicas para hacer pruebas con sangre en búsqueda de anticuerpos al HIV mostraron que una muestra de sangre, tomada en África Central en 1959, contenía anticuerpos al HIV; también en 1976 un cirujano danés que trabajó en África de 1972 a 75 desarrolló una enfermedad que los médicos ahora creen era SIDA.

Los investigadores revisaron los registros médicos de europeos que habían vivido o visitado África, así como los registros médicos en países africanos buscando evidencias de viejos casos de SIDA. No encontraron casi ningún caso diagnosticado antes de 1978. Aparentemente alrededor de 1978 empezó una epidemia

de enfermedades en África; los médicos de varios países se encontraron casi inmediatamente con que algo había cambiado: en Kigali, Rwanda, los doctores detectaron en 1983 un marcado crecimiento en las infecciones fúngicas del esófago, llamadas esofagitis candidal. Esta clase de infección es típica de los pacientes con SIDA, pero de otra forma es poco usual.

Para tomar otro ejemplo, un investigador belga y varios colegas de Zaire hicieron un seguimiento de los casos de meningitis criptococal, una infección fúngica de las membranas que cubren el cerebro; la enfermedad es también importante porque es altamente sugestiva sobre el SIDA. Su trabajo comenzó antes de 1960 y continúa hasta el presente. Estos investigadores encontraron que hubo una epidemia repentina de esta enfermedad en 1978 y, lo que es más, la epidemia fue paralela a la dispersión del HIV. Finalmente, la "enfermedad de la delgadez" en Uganda —el nombre se refiere a la forma en que adelgazan los pacientes con SIDA en África— parece haber comenzado a principios de 1980. Una epidemia de forma atípica y agresiva de sarcoma de Kaposi, enfermedad maligna frecuentemente ligada al SIDA, comenzó en Zambia en 1982.

Todo esto sugiere que el SIDA parece haberse iniciado en África a finales de los años 70 y principios de los 80. Esto es, al mismo tiempo que la epidemia comenzó en Estados Unidos y Haití. Probablemente nunca sabremos si hubieron casos de SIDA a principios de los años 70 o antes, y si así fue, dónde y hasta qué punto.

LA ATENCION EN AFRICA CENTRAL

El descubrimiento del SIDA en África Central estimuló una serie de proyectos de investigación que involucró equipos nacionales e internacionales. Por ejemplo, en mayo de 1984 el gobierno de Zaire invitó a investigadores del Instituto Belga de Medicina Tropical en Antwerp, a los Centros para Control de Enfermedades de los Estados Unidos y al Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas, a establecer un proyecto a largo plazo sobre el SIDA, en colaboración con médicos y científicos locales. La investigación fue llamada "Proyecto SIDA". Este es sólo otro de los proyectos de investigación en más de una docena de países africanos, notablemente en Kenia, Tanzania, Uganda, la República Central Africana, el Congo y Rwanda. Estos proyectos han propuesto las bases para lo que ahora conocemos como SIDA en África.

En Zaire, donde trabajé en el Proyecto SIDA, me impresionó la visión del gobierno para establecer un proyecto de investigación en SIDA. Fue una valiente decisión, ya que Zaire era el



Foto: Eliot Elisofon

África es el continente más severamente afectado; la Organización Mundial de la Salud estima que dos millones de personas o más pueden ya estar infectadas.



Foto: Kevin Fleming

Las proporciones más altas de personas infectadas están entre los 16 y 29 años de edad.

primer país africano en permitir investigación de este problema a gran escala. De hecho, esta voluntad tuvo una desventaja: durante algún tiempo, el medio de investigadores pensó que Zaire era el centro de la epidemia de SIDA en África, o por lo menos la zona más afectada. Este error surgió simplemente de que se produjeron muchas publicaciones científicas del proyecto en Zaire.

Es difícil medir la forma en que se esparció el SIDA y su seriedad en África. Los países africanos no cuentan con equipo de diagnóstico y facilidades para efectuar pruebas. Los sistemas de reporte de los casos de SIDA están en sus primeras fases de desarrollo; en algunos casos, las autoridades son reacias a reportar los nuevos casos de SIDA y esto es entendible ya que, tan pronto como se descubrió, algunos científicos occidentales comenzaron a decir que el SIDA empezó en África.

"Un dedo acusador" como éste es típico de muchos aspectos de la epidemia de SIDA. Todos tratan de decir que la enfermedad afecta sólo "a otros" y viene de "cualquier otro sitio" y algunos científicos occidentales aumentaron este clima al exagerar los hábitos sexuales de los africanos. Se puede entender que esta combinación de acusaciones y mala recepción de información creó enojo considerable y resentimiento en África. Imagine usted, si puede, que un prominente investigador alemán anunciara que el virus empezó en Gran Bretaña y se diseminó debido a los bizarros hábitos sexuales de los británicos.

Lo que sabemos por el momento es que la epidemia de SIDA es peor en el Centro, Este y pequeñas partes del sur de África. Durante el año pasado los investigadores encontraron nuevos retrovirus similares al HIV en África Occidental, por lo menos algunos de los cuales parecen estar asociados a enfermedades clínicas indistinguibles del SIDA. En cualquier caso, África Occidental no parece tener el mismo nivel de SIDA que otras partes de ese continente.

El número de casos parece ser una medida mucho menos útil para la severidad del problema que la proporción de personas infectadas con HIV en la población. La enfermedad tiene un largo periodo de incubación y, por lo tanto, no puede aparecer sino hasta varios años después de infección con el virus HIV, así que las pruebas sanguíneas en busca de anticuerpos es la mejor manera de medir qué tanto se ha diseminado el virus.

Esta clase de estudios llevados a cabo en adultos sanos en varios países africanos, muestra que el virus ha sido infectado entre 1 y 15%, quizás aún más, de esta gente. Por ejemplo, de un muestreo de 1 273 personas en investigación entre familias que viven en Camerún, 1% tenía anticuerpos a HIV, esto es, eran "seropositivas"; de 1 263 personas seleccionadas al azar en Banquin, República Central Africana, 4% tenía anticuerpos HIV en su sangre. En Uganda, 11% de 370 donadores de sangre

en Kampala fueron seropositivas. Finalmente, 17% de 125 personas sanas en Lusaka, Zambia, probaron ser positivas a la prueba de anticuerpos al HIV. Estas cifras muestran que, por lo menos en algunas áreas, una substancial proporción de las personas sanas están ya infectadas con el virus HIV. En virtud de que podrían haber errores al comparar estos datos con otros del mundo, podemos decir que sólo en los Estados Unidos un 0.04% de más de un millón de donadores de sangre y un 0.15% de 308 078 de los solicitantes del servicio militar, tenía anticuerpos al virus.

Entre los africanos adultos, las mayores proporciones de personas infectadas estaban entre 16 y 29 años de edad. En algunos estudios publicados entre mujeres, alrededor del 10% de ellas entre 16 y 19 años tenía anticuerpos a HIV, comparado con otro 4% de hombres. Sin embargo, entre personas de 50 años de edad o más, más hombres que mujeres fueron seropositivos, 5% contra 1.6%. Niños de 1-14 años en Kinshasa fueron mucho menos propensos a ser infectados con una presencia de alrededor del 1%.

En otro país africano aprendimos otra lección clave de proyectos de investigación estudiando enfermedades sexualmente transmisibles. Los proyectos mostraron que entre 1980 y 1981, 4% de un grupo de prostitutas, exceptuando a las mujeres embarazadas también sujetas a investigación, fueron seropositivas para anticuerpos al HIV. Sin embargo, entre 1985-86 las infecciones con HIV entre prostitutas se había incrementado a un 59%, mientras el virus había infectado ahora al 2% de las mujeres embarazadas. Esto muestra cuán rápido puede diseminarse el virus.

En África el virus infecta a hombres y mujeres por igual. Sin embargo, los hombres con SIDA tienden a ser mayores que las mujeres, según un estudio que muestra edades promedio de 37.4 y 30 años, respectivamente.

La investigación en SIDA más importante llevada a cabo en África entre 1984 y 1985, involucró el estudiar la manera en que el virus es transmitido. Esta información es vital si se quiere



Foto: Michael S. Yamashita

prevenir la diseminación del mismo. Corrían muchos rumores en esa época: ¿se podía transmitir al chocar las manos en un saludo? ¿O ser transmitido por piquete de mosco? ¿O por llevar pacientes con SIDA al hospital? En otras palabras, los africanos se hacían las mismas preguntas que los europeos y norteamericanos cuando enfrentaron esta fatal e infecciosa enfermedad.

El contacto heterosexual significa aproximadamente el 75% de las infecciones con HIV entre adultos en Africa. Evidencias de entrevistas individuales e investigaciones entre prostitutas indican que relaciones sexuales "regulares" (pene en vagina) transmiten el HIV. No hay necesidad de formas de contacto sexual "inusual" o "bizarras" para que el virus se disemine. Una teoría de gran interés sugiere que hombres o mujeres que tienen enfermedades sexualmente transmisibles como gonorrea, sífilis o chancros pueden ser más susceptibles a adquirir HIV de un compañero infectado, debido a la presencia de inflamaciones o heridas en los genitales. De la misma manera, una persona ya infectada con el virus, que desarrolla otra enfermedad sexualmente transmisible, puede ser más propensa a transmitir el virus.

SANGRE CONTAMINADA

Las transfusiones de sangre son otra ruta importante de diseminar el virus en Africa. La razón es simple: en áreas donde 10% de la población adulta sana es infectada, alrededor de la misma proporción de donadores de sangre son también propensos a ser infectados. La diseminación del HIV por transfusiones de sangre contaminada es un problema tremendo en Africa que podría ser eliminado si la infraestructura y medios financieros existieran para dedicarlos a llevar a cabo pruebas sanguíneas de anticuerpos a HIV. En el occidente, los gobiernos han gastado una gran cantidad de dinero en pruebas sanguíneas y protección de recipientes sanguíneos de un riesgo estimado en ser 1 en 100 mil de adquirir HIV. En el occidente, los gobiernos han gastado hoy, el riesgo en recipientes sanguíneos puede ser tan alto como 1 en 10 y aún en muchas áreas no ha sido explorado.

La diseminación de HIV en Africa obedeció a las mismas leyes biológicas básicas que parecen causar la diseminación del virus en Europa y Estados Unidos. En Africa, sin embargo, la forma dominante de transmisión es heterosexual, de mujeres

infectadas a sus compañeros sexuales y de hombres infectados a sus compañeras sexuales. Hay fuerte evidencia para sostener esto. El comportamiento homosexual masculino es aparentemente más raro entre gente infectada con el virus. Agrupamientos de casos de SIDA están ligados por contacto sexual involucrando ambos, mujeres a hombres y hombres a mujeres. Hombres con SIDA reportan haber tenido más sexo con prostitutas que hombres no infectados con HIV. La gente con otras enfermedades sexualmente transmitidas parecen tener un mayor riesgo de adquirir SIDA. Algunos hombres expatriados (europeos, americanos o asiáticos) que vivieron o visitaron Africa se han infectado con HIV y no reportan otro factor de riesgo excepto el haber tenido relaciones sexuales con prostitutas en áreas del Africa donde el SIDA es endémico. Finalmente, los estudios en prostitutas en varios países africanos demuestran que estas mujeres son hasta cinco veces más propensas a ser infectadas con HIV que otras mujeres en la misma área.

Un ejemplo angustioso de cómo el HIV es sanguíneamente transmisible viene de un estudio con niños entre 1 y 24 meses de nacidos e infectados con el virus, pero cuyas madres no estaban infectadas. Los bebés deben, por lo tanto, haberse infectado después de nacer. Comparados con niños no infectados de la misma edad, los niños infectados habían recibido un promedio de 44 inyecciones médicas (no incluidas vacunas) comparadas con un promedio de 23 inyecciones médicas para niños no infectados. El relativamente gran número de inyecciones aun en niños no infectados, sanos en Africa, llevó a un pequeño estudio de 50 madres; 84% de estas madres creían que la medicación a través de inyecciones era más efectiva que la medicación oral; virtualmente todas las mujeres querían que sus hijos recibieran más inyecciones que píldoras. Estas actitudes, junto con una sobreestimación de las inyecciones por trabajadores de la salud, combinado con una alta incidencia de malaria, otras fiebres y diarrea entre infantes y niños en Africa, han llevado a los niños a recibir gran número de inyecciones. Por muchas razones, frecuentemente financieras, los trabajadores de salud pueden no esterilizar o descartar agujas y jeringas después de usarlas. Esto es especialmente cierto en clínicas pequeñas o aisladas. Se da así el paso para ayudar a la diseminación del HIV.

Los estudios no han implicado que las inmunizaciones a infantes sean opuestas a las inyecciones para tratamiento de enfermedades como fuente de infección de HIV entre los niños. Sin embargo, en teoría, hay un riesgo de diseminación de HIV con cualquier inyección aplicada con equipo no esterilizado. Afortunadamente el programa para inmunizar niños en Africa ha hecho hincapié en la necesidad de equipo estéril durante años, aún antes de que el SIDA fuera un problema.

Cuando el virus infecta una mujer embarazada, parece que su bebé tiene, en general, un 50% de probabilidad de contraerlo también. La mayoría de los investigadores creen que el virus es transmitido de dos formas: durante el embarazo *in utero* y durante el nacimiento. La transmisión durante el parto podría ocurrir como con el virus de la hepatitis B, cuando el bebé entra en contacto con la sangre de la madre y con otros fluidos. Se están llevando a cabo varios estudios en Africa para saber cuántos niños de madres con HIV se infectan y cómo.

En Africa, el SIDA en niños es ya un problema serio. Por ejemplo, estudios en algunas áreas muestran que entre 2 y 10 por ciento de las mujeres embarazadas están infectadas con HIV. Así, la mitad de los niños nacidos de estas madres en estas áreas pueden ser infectados desde el nacimiento. Esta diseminación en la población recién nacida amenaza con minar los logros en salud obtenidos a través de inmunizaciones, reducción de muerte por diarrea y otros programas de salud importantes.

En este momento, Africa es la parte del mundo que parece ser más severamente afectada con la pandemia de SIDA. La Orga-

Foto: James P. Blain



En Africa, la heterosexualidad es la forma más común de transmisión del SIDA.

nización Mundial de la Salud (OMS) estima que 2 o más millones de africanos pueden estar ya infectados con el virus, de posiblemente 5 a 10 millones de personas en todo el mundo. En algunos hospitales en Africa del Este y Sur, muchos de los pacientes tienen SIDA o enfermedades relacionadas. Los efectos de HIV, al debilitar el sistema inmune de las personas infectadas, también produce otro tipo de epidemias o enfermedades endémicas tales como la tuberculosis y posiblemente malaria. El SIDA también amenaza el desarrollo económico y social de Africa porque afecta a la gente joven entre 20 y 30 años, la edad que más ayuda a la economía del país. La epidemia afecta madres e hijos y muestra signos tanto de expandirse a áreas no afectadas, como hacerse aún más seria en las zonas ya afectadas. A esta situación dramática debemos añadir el reciente descubrimiento de nuevos retrovirus en Africa Occidental que también causan SIDA.

Ya sabemos cómo se disemina el HIV, así que podemos prevenir su crecimiento en Africa. La estrategia de la OMS involucra la formación de un Programa de Control y Prevención Nacional del SIDA y un Programa de Control en cada país, comenzando con un comité de servicio social y de salud, de educación y programas de la mujer. El comité primero determina el nivel de infección en un país y destina recursos disponibles para atacar ese problema.

El detener el avance del SIDA requiere información y educación. Hay aquéllos que dicen que los hábitos sexuales nunca cambiarán, pero la historia los desaprueba. Los hábitos sexuales, como todos los aspectos de la vida social y personal, están fuertemente influenciados por los peligros reales; la gente puede ver de una manera muy distinta un condón para evitar el embarazo que para salvar la vida.

No minimizamos la complejidad y dificultad de prevenir la difusión del SIDA. Sin embargo, usando las técnicas y lecciones derivadas de la educación pública sobre salud, la OMS puede ayudar a los países que están desarrollando sus propios programas educacionales.

La prevención de la transmisión a través de transfusiones

sanguíneas requiere que se hagan pruebas a los donadores en toda Africa. Hay necesidad de una prueba simple, accesible, barata y resistente al calor para detectar anticuerpos a HIV que esté adaptada a continentes donde la electricidad puede ser intermitente, donde falta equipo de refrigeración y el equipo es difícil de mantener.

Todo esto, y nuestro limitado conocimiento acerca de las prácticas sexuales en particular, y acerca del comportamiento humano en general, limita nuestra posibilidad de atacar el SIDA. Tal falta de información no es un fenómeno africano; los países de occidente conocen menos acerca de prácticas sexuales y otros comportamientos que incrementan el riesgo de diseminar el SIDA, que lo que se necesita para combatir la enfermedad.

Ocasionalmente uno escucha decir que los países africanos se han movido muy lentamente para enfrentar el SIDA. Desde mi punto de vista, dado que este fue reconocido en Africa sólo hacia fines de 1983, la visión de la mayoría de los gobiernos africanos para tomar medidas preventivas habla por sí misma. Por lo tanto, la respuesta de los gobiernos occidentales no ha sido siempre tan pronta o bien razonada.

Con el mismo empeño que resultó en la erradicación de la viruela hace una década, la OMS se dedica hoy al problema más urgente, más complejo y más difícil que es la prevención global y el control del SIDA alrededor del mundo. Estamos en un momento histórico: el inicio de una epidemia en todo el mundo. Sabemos que la acción ahora tendrá más impacto que la acción más tarde. El programa especial de la OMS en SIDA no operará sólo en Africa sino en Sudamérica, Asia y en varios lugares del mundo. En contraste con muchos problemas de salud pública importantes, el SIDA afecta al mundo industrializado tanto como al mundo en desarrollo. El trabajo por hacer es mucho, los recursos que necesitamos son considerables y el paso al que la enfermedad se extiende es terrible. Aun así, la conciencia pública creciente acerca del problema, la confianza en la investigación científica internacional y la gran escala en que estamos tratando de prevenir y controlar el SIDA, dan razones para cierto optimismo. ⊕

Foto: Eliot Elisofon



Las transfusiones sanguíneas han sido una fuente de infección importante, debido a que se cuenta con muy poco material en instituciones de salud, por lo que las jeringas son reutilizadas, y los frascos para guardar la sangre no son bien esterilizados.