

# No podemos pasarnos otros 40 años hablando de los 40 años

El día en que escribo, así como el día en que ustedes lean esta nota editorial, cerca de 5000 personas adquirirán HIV en el mundo, entre ellas, 500 niñas y niños. Hoy 2600 personas morirán a causa del sida. Esta semana, 7000 mujeres de entre 15 y 24 años se habrán infectado.

Cuando hace 40 años veíamos los primeros casos de lo que después sabríamos que era la infección por HIV, pensar en terminar con la epidemia parecía una utopía. En medio de una de las emergencias de salud más importantes de la historia, la incógnita era si alguna vez iba a terminar. Era una ilusión más cercana a una fantasía que a una realidad alcanzable. Todos los días veíamos contraer el HIV y morir a cada vez más personas como consecuencia del sida. A la epidemia descontrolada se sumaban el estigma y la discriminación con que se trataba a los pacientes fuera y, aún más grave, dentro del sistema de salud.

En estos 40 años hemos avanzado enormemente en nuestros conocimientos desde las ciencias básicas hasta las ciencias sociales, incluyendo, de manera destacada, los avances en el tratamiento antirretroviral.

Sin embargo, cuarenta años después de la descripción de los primeros casos, la enfermedad por HIV, que es prevenible y tratable, sigue siendo transmitida y constituye una importante causa de muerte, particularmente para las poblaciones más vulnerables.

¿Por qué no controlamos el HIV si es prevenible y tratable?  
¿Por qué no impedimos muertes evitables? ¿Qué hace falta para controlar la epidemia?

La respuesta es muy simple: voluntad política, liderazgo e inversión eficiente.

El mundo se puso como objetivo controlar el HIV en 2020. No se pudo. Pasó al 2030. ¿Se podrá? Cumplir esta meta se lo debemos a los 39 millones de personas que murieron a causa de la enfermedad hasta ahora, y además es un compromiso ineludible con las personas que hoy viven con el virus y con las generaciones que vienen.

Sin embargo, aun cumpliendo los objetivos de ONUSIDA del 90/90/90, el 27% de las personas que viven con el virus no tendrían su carga viral indetectable, y por lo tanto estarían en riesgo de enfermar, morir y transmitir la infección. Aun si alcanzáramos el 90/90/90 sería insuficiente para los casi 10 millones que seguirían con su viremia no controlada. La expansión universal del TARV es un imperativo ético, pero también sanitario.

Cada día perdido lo pagan miles de mujeres, hombres y niños con sus vidas.

El diagnóstico y el tratamiento tempranos combinados con los beneficios de la terapia antirretroviral, permiten que las personas con HIV tengan una calidad de vida similar a la de que aquellas que no tienen el virus. Así, se reducen las muertes relacionadas con el sida, y a la vez disminuyen las posibilidades de nuevas infecciones a medida que las personas con HIV alcanzan niveles indetectables de virus en la sangre. Hoy quien accede a y cumple con un tratamiento exitoso ya no transmite la infección a su pareja (I=I).

En nuestro país, el acceso al diagnóstico y tratamiento es gratuito por ley. La seguridad social, las prepagas y, principalmente, el Estado nacional brindan estos servicios... a los que los solicitan. Así, el sistema reproduce su carácter darwiniano, seleccionando a los más aptos. ¿Quiénes son los más aptos? Los que tienen tiempo, salud suficiente y fondos para costearse el transporte para ir a los centros de salud. Los que no dependen de cobrar el presentismo y quienes no lo perderían en caso de ir al hospital en el estrecho horario que suelen ofrecer nuestros sistemas, más adaptados a los horarios de los equipos de salud que a las necesidades de los pacientes. De esta manera, el sistema de salud reproduce y amplifica el más importante determinante de enfermedad en nuestras sociedades: la desigualdad social. Finalmente, quienes no vienen a tiempo, llegan al sistema de salud. Los traen en ambulancia, con su enfermedad avanzada.

¿Cómo abordar esta situación? Descentralizando el testeo, acercando la salud a las personas en vez de esperar pasivamente que vengan. Masificando los test rápidos, promoviendo el autotest, eliminando las barreras burocráticas que dificultan el testeo, implementando el tratamiento inmediato (en lo posible el mismo día) y teniendo una política proactiva de retención en el cuidado y recuperación de las personas perdidas en su seguimiento. Implementar el tratamiento como eje central de la prevención en el marco de un conjunto que incluya otras acciones como la educación sexual, la promoción del uso de preservativos, la PrEP, la reducción de daños y el

combate al estigma y la discriminación es hoy más relevante que nunca.

En nuestro país se estima que más del 17% de las personas que viven con HIV desconocen su situación. Son, en teoría, alrededor de 22.000 individuos en riesgo de enfermar, transmitir y morir.

Los lectores con “DNI de números bajos” recordarán una película española, llamada *Solos en la madrugada*, donde José Sacristán interpreta a un conductor de radio que se dirige a su audiencia después de la muerte del dictador Francisco Franco. Y les dice: “No podemos pasarnos los próximos 40 años hablando de los 40 años de dictadura”.

Parece aplicable a nuestra actitud frente a la epidemia. Debemos decidir si queremos ser parte de la solución. Si no lo hacemos, seremos parte del problema.

No podemos pasarnos otros 40 años hablando de los 40 años. Es hora de actuar. El desafío para todos es acortar los plazos y que el acceso al diagnóstico y al tratamiento oportuno sea universal, para controlar la epidemia de HIV/sida de una vez y para siempre.

### **Pedro Cahn**

Director Científico

Fundación Huésped



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

# We can't spend another 40 years talking about the 40 years

More than a year after the pandemic, we continue to reflect on what we have learned so that we can be better prepared to face similar situations in the future.

During 2020, social, preventive and mandatory isolation had a significant impact on the lives of all people. In the article by Radusky *et al.* included in this issue we see how, during the first months of the pandemic, belonging to a risk group was associated with greater compliance with preventive measures, although greater compliance was also associated with greater anxiety and, at times, depression (1). It was in this context that SADI proactively took the decision to communicate the situation in a responsible manner, with clear messages, without low blows and respectfully, so that the community could learn about the disease and take measures to take care of themselves. We believe we have met this goal based on the activities we completed during 2020: over 4,000 journalistic interviews, more than 80 virtual meetings, a strong presence on social networks and a virtual congress in which almost 8,000 people participated.

Moreover, since the beginning of the pandemic, infectologists in most institutions have assumed the responsibility of reviewing the evidence, establishing protocols, organizing care circuits, training human resources, participating in patient care and supporting clinical research in order to rapidly develop new prevention and treatment options. The call to SADI to advise all government agencies is also a recognition of the importance of infectious diseases. The medical literature clearly demonstrates that the presence of infectious disease specialists produces better clinical outcomes in patients, optimizes resources, reduces the cost of care and mitigates the impact of antimicrobial resistance (Table 1).

However, there is still a long way to go to achieve a fair recognition of the specialty and the consequent higher status of the specialists who practice it.

In our country, there are many hospitals and sanatoriums that serve a very large volume of patients. In many of them, major surgeries are performed within intensive care

units and complex pathologies are treated without infectious disease specialists hired on a stable basis, whose workload is insufficient to solve all the institutional complexity and who work within services or structures that are not recognized as infectology services. This scenario is repeated in the public, private and social security sectors. Such a situation deprives patients, institutions and the community of the benefits that these specialized services have proven to provide, and which make their presence essential.

Preliminary results of a survey conducted among 173 infectologists in Argentina, working in 181 centers in 20 provinces, showed that only half of the institutions have recognized infectology services, this percentage being as low as 40% in public institutions and 70% in private ones, with no substantial differences between the different districts. The same survey showed that the average specialists to beds ratio is 1/67.9 beds, but reaches a ratio of 1/300 beds in some institutions (2).

In view of the above, it is evident that having a sufficient number of infectious disease specialists for the number and complexity of patients served, in addition to prioritizing their work by creating institutional structures in accordance with the particular practices of each organization, is a minimum standard that should be guaranteed in all healthcare centers in the country. In that respect, few weeks ago, SADI published a document analyzing these points (3).

Covid-19 brought to everyone's attention the reality and the deficits in health services, forcing public, private and social security providers to suddenly organize those services for the contingency of an unknown disease of pandemic magnitude. In the same way, we were able to strengthen the health system, design care programs, implement surveillance, carry out epidemiological containment actions and develop a major vaccination program.

Although "what is urgent is seldom important and what is important is seldom urgent" is often a popular saying, let's hope that "what is important" starts to become a necessity in public opinion and on the health policy agenda. The possibility of eliminating HIV as a public health problem, the increase in sexually transmitted infections, the increasing challenge of bacterial resistance and the few options available, diseases that should be under control, such as tuberculosis and other endemic pathologies, and the ever present risk of new pandemics force us to de-

mand full acknowledgement of the need for infectious disease services in all institutions, with well-trained professionals, with decent salaries, hired on a stable basis and with the necessary resources to carry out their daily task. This is an imperative social need, a sign of intelligence from those who make health care decisions, and an unavoidable demand from scientific communities.

**Pedro Cahn**

Scientific Director  
Fundación Huésped

---



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>