

SIDA: Epidemiología de una nueva enfermedad*

Ernest Drucker**

En este trabajo, el autor sostiene que la fuerza de propagación de la epidemia del SIDA en EE.UU. radicó en la decisión política de criminalizar el uso de drogas, en lugar de abordar la adicción como un problema de salud. De este modo, pone en evidencia que la política de drogas de EE.UU. tuvo nefastas consecuencias para la salud pública.

Palabras clave: drogas - salud pública - cárceles - SIDA - derechos humanos

In this paper, the author states that the driving force spreading the AIDS epidemic through US was the political decision to criminalize drugs instead of consider the drug addiction as a health problem. It shows that the consequences of the US drug policies had tremendous public health implications.

Key words: drugs - public health - prisons - AIDS - human rights

En junio de 1981 cinco hombres jóvenes agonizaban en un hospital de Los Ángeles. Los síntomas se parecían a los de las enfermedades inmunológicas que, normalmente, sólo se observaban en adultos, y en éstos –incluso– raramente. Y todos eran homosexuales.¹

De acuerdo con las típicas descripciones incompletas de la medicina, la enfermedad que padecían era denominada “síndrome de inmunodeficiencia

adquirida (SIDA)”, una etiqueta concisa que reflejaba objetivamente todo lo que se sabía o infería de la enfermedad en ese momento. El hecho de que fuera *adquirida* significaba que era causada por una infección con un agente externo transmitido por otra persona que también tenía la nueva enfermedad. Así pues, la enfermedad era *infecciosa*, y no el resultado de un proceso interno como el infarto o el cán-

* Este artículo es una adaptación de un capítulo del libro: Drucker E. *A plague of prisons*. New York, NY: The New Press, 2011.

** Profesor Emérito del Departamento de Familia y Medicina Social, *Montefiore Medical Center / Albert Einstein College of Medicine*. Profesor Adjunto de Epidemiología de *Columbia University, Mailman School of Public Health*.

cer. Toda enfermedad infecciosa humana tiene un agente, un virus o una bacteria que infecta al ser humano y desencadena el proceso de la misma. En las enfermedades transmisibles, el agente se transmite de una persona a otra por algún medio o mecanismo –en algunos casos, a través de algo que se llama *vector*. El mosquito, por ejemplo, es el vector que transmite la malaria. Cuando el SIDA apareció por primera vez, nadie sabía con seguridad cuál era la naturaleza del agente de la enfermedad o del vector –o los vectores– que la transmitían de persona a persona. Pero como aquellos primeros casos eran todos de hombres homosexuales, la transmisión sexual fue el principal “vector” del cual se sospechó.²

Mientras el agente y el mecanismo de transmisión de esta nueva enfermedad aún eran desconocidos, el daño que ésta causaba en el sistema inmunológico era severo y se confirmaba clínicamente con facilidad –se revelaba como la incapacidad del sistema inmunológico para defender al individuo de agentes patógenos con los cuales, en condiciones normales, podía lidiar sin inconvenientes. En estos primeros casos que se detectaron en California, los pacientes se encontraban en estadios muy avanzados de la enfermedad y, en su mayoría, murieron a los pocos meses de haber ingresado al hospital. La prioridad, para los médicos de Los Ángeles, fue hacer todo lo posible para tratar el aluvión de casos de esta nueva enfermedad.

Los epidemiólogos, en cambio, se concentraron en descubrir los meca-

nismos de transmisión de la enfermedad. El objetivo de ellos no era el tratamiento sino prevenir la propagación de la enfermedad. ¿Cuáles eran los mecanismos específicos para la adquisición y la transmisión del virus de una persona a otra? Ése era el gran desafío que debían enfrentar las autoridades de salud pública.³

La historia del SIDA responde al paradigma de todas las enfermedades infecciosas. De acuerdo con el clásico trabajo del Dr. John Snow, la fuente del gran estallido del cólera en Londres, en 1854, resultó ser una bomba de agua contaminada en *Broad Street*. Esta bomba estaba propagando la infección a través de las casas a las que suministraba servicio en una zona pobre de la ciudad.

¿Pero cuál era la “bomba del SIDA” y qué mecanismo permitía la propagación del nuevo virus? ¿De qué modo las características personales o el comportamiento de aquéllos que adquirirían esta nueva enfermedad mortal podían determinar quién estaba expuesto al agente y quién se infectaba? Y, fundamentalmente, ¿cómo se podría usar esta información para detener la nueva epidemia?⁴ En el caso del cólera, se pudo intervenir cortando el flujo de agua contaminada proveniente de la bomba de *Broad Street*.

Pero si la práctica del sexo, homosexual o heterosexual, estaba involucrada en la transmisión del SIDA, prevenir su contagio implicaba efectuar múltiples acciones complejas, y múltiples conflictos.⁵ La revolución sexual de los '60 aún estaba en marcha en Norteamérica. A pesar del cre-

ciente reconocimiento del derecho a ser homosexual en América, la homosexualidad todavía era socialmente condenada en ese país. Cuando ocurrieron los famosos disturbios de *Stonewallen* 1969 en Greenwich Village, Nueva York, ser homosexual era considerado un crimen en Norteamérica y se convirtió en un campo de batalla de las guerras culturales de los '80, en un punto álgido de la política.

Desde sus inicios, el SIDA fue identificado como una “enfermedad de los homosexuales”. Originalmente, fue denominada “desorden inmunológico de los homosexuales” (*GRID*, por sus siglas en inglés) o “la plaga de los homosexuales” y, de esta manera, no sólo estaba sujeto a las reglas de una enfermedad infecciosa sino que, además, era parte de una encarnizada lucha política que implicaba poner en duda la identidad sexual de una nación. ¿Qué podía ofrecer la epidemiología en medio de esta lucha?⁶

En los primeros años del SIDA, antes de que existiera un *test* de HIV, no se sabía claramente quién estaba infectado y quién no, hasta estadios terminales de la enfermedad, cuando ya era demasiado tarde para un tratamiento eficaz, debido al modo en que el SIDA destruye las defensas naturales del cuerpo. Incluso, en esos primeros casos de SIDA, que resultaron verdaderamente alarmantes. Hasta el momento, ninguna enfermedad infecciosa había hecho tanto daño en el sistema inmunológico.⁷

Mientras que cualquiera puede enfermarse de cólera al tomar agua contaminada, es poco probable que

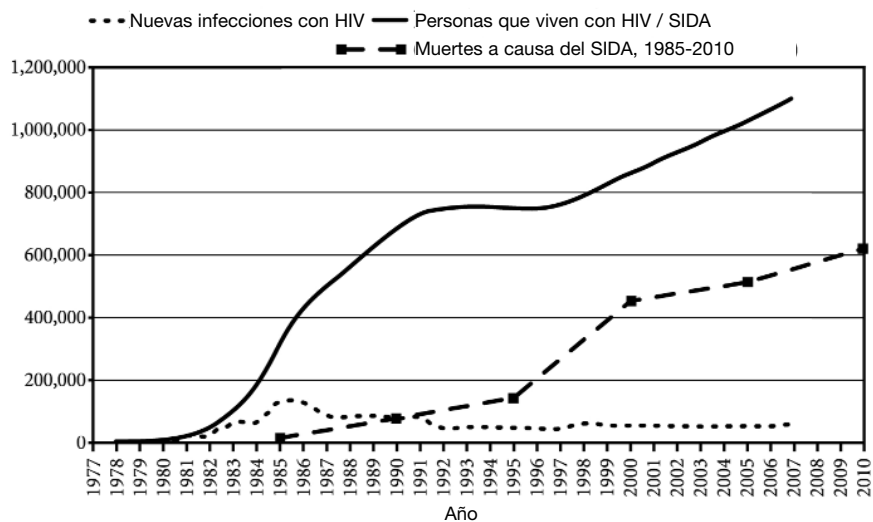
alguien contraiga la enfermedad a través del contacto casual con una persona enferma. El SIDA parecía ser altamente contagioso. Si el SIDA resultaba ser fácilmente transmisible de una persona a otra, el país tenía un problema de magnitud sin precedentes.

En ese momento, cuando nadie sabía cómo se podía transmitir la enfermedad, el miedo (incluso el pánico) con respecto a la propagación del SIDA fue palpable.⁸ Recuerdo que una niña adolescente del Bronx me preguntó, al borde de las lágrimas, si podía contraer SIDA al besar a su novio, dado que usaba *brackets* y en ellos se acumulaban restos de sangre. En una pileta pública local, querían excluir a los homosexuales. Incluso se discutían las opciones del confinamiento, la cuarentena, y la prisión, para proteger a los sanos de los enfermos. Las imágenes de las colonias de leproso volvían a cobrar vida, y la epidemia seguía creciendo.

Ahora se sabe que la epidemia entró silenciosamente en la población de los EE.UU. en los '60, propagándose imperceptiblemente entre los hombres homosexuales y los usuarios de drogas inyectables, quienes al principio no advirtieron síntomas de ser portadores del virus aún desconocido.⁹ En la mayoría de los casos, transcurrían entre ocho y doce años desde que se producía la infección con el HIV hasta que el SIDA se manifestaba a través de los síntomas de la enfermedad.¹⁰ Debieron pasar otros tres años desde aquellos primeros informes sobre la propagación del

SIDA entre los hombres homosexuales en California para que se identificara al HIV –el virus de inmunodeficiencia humana– como el agente que ataca nuestro sistema inmunológico y posteriormente causa la enfermedad denominada SIDA.¹¹ Un año más tarde, en 1985, hubo un *test* de laboratorio que indicaba quién estaba infectado con HIV, algo muy importante, dado que inicialmente las infecciones con HIV dan una mínima evidencia clínica de su existencia.¹² Si bien el HIV destruye sostenidamente nuestras defensas desde el momento de la infección, se inicia solapadamente, una semana después de la infección, con síntomas similares a los de la gripe, pero lleva muchos años destruir un sistema inmunológico sano. Recién en esta instancia la enfermedad se convierte en el SIDA propiamente dicho, en el cual un

sistema inmunológico comprometido vuelve a los pacientes cada vez más vulnerables a toda una serie de infecciones y ciertos tipos de cáncer. Después de años de infección, la mayoría de los pacientes de SIDA desarrollan graves lesiones en la piel, pierden peso y contraen infecciones que causan la muerte. Al principio, el SIDA era una sentencia de muerte. Se sabía muy poco acerca del modo de evolución de la enfermedad, excepto por el hecho de que una vez que aparecían los síntomas clínicos –pérdida de peso, lesiones de la piel, diarrea–, mataba prácticamente a todas las personas en dos años. Como siempre, el recuento de los casos fue el primer paso para entender esta nueva epidemia. La figura muestra el aumento de los casos de SIDA en los EE.UU. durante los primeros treinta años de la epidemia.



Se trata de la curva clásica de las epidemias. Ilustra su característica más importante: que el número de nuevos casos (la incidencia) supera el índice que se observa normalmente. A la vez, muestra el crecimiento de la epidemia en momentos previos y anticipa cómo progresará. En relación con el SIDA, los EE.UU. pasaron de cero a un millón de casos en 30 años, desde que se informó el primer caso. En el 2006, el SIDA se había convertido en una de las enfermedades más importantes de la historia, una nueva pandemia, una enfermedad que se disemina a través del mundo entero, y que en el 2010 contaba con más de 60 millones de casos registrados y 25 millones de muertes.¹³

El estallido del SIDA en el Bronx: un caso de estudio

Sin embargo, este panorama general no nos muestra lo que estaba sucediendo en el terreno, en las comunidades en las que el SIDA golpeó más fuertemente. Como ocurre habitualmente, la mayoría de los brotes epidémicos son locales, comienzan en un determinado lugar y afectan a un cierto grupo de personas, luego de haberse iniciado en algún momento en particular.

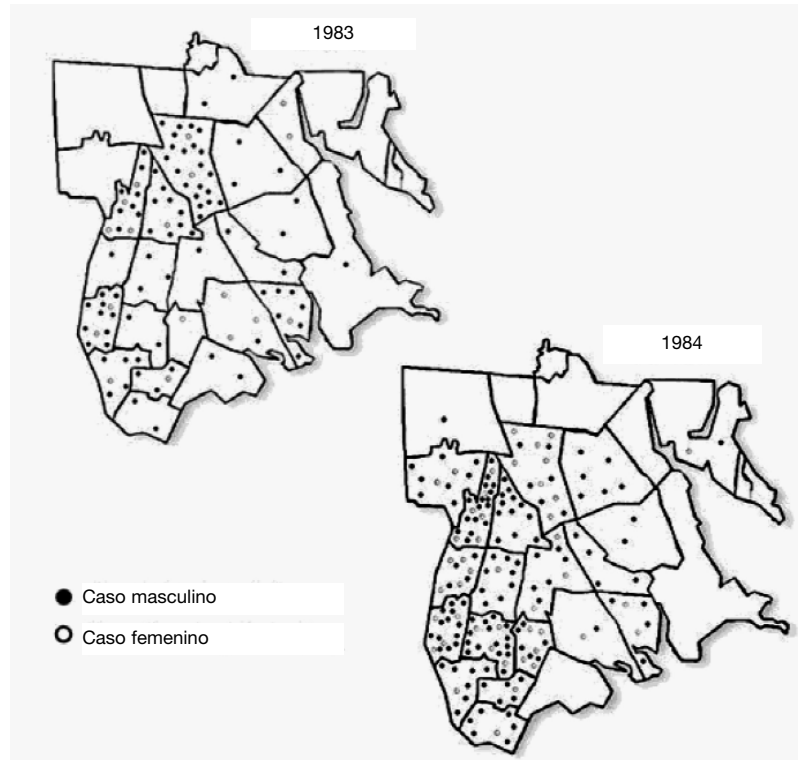
Uno de los primeros estallidos de casos de SIDA en Norteamérica tuvo lugar en el Bronx, N.Y. En 1985, durante el cuarto año de la epidemia de SIDA en la ciudad de Nueva York, comencé a trazar un mapa con los primeros casos de SIDA. Analicé estos

primeros casos en las tres dimensiones epidemiológicas: tiempo, persona y lugar. Este enfoque ofreció información crítica acerca de la nueva epidemia, si bien las grandes preguntas con respecto a qué había causado el SIDA, cómo se propagaba de persona a persona y, fundamentalmente, qué se podía hacer para detenerlo permanecieron sin respuesta.

No fui a cementerios o casas funerarias, como lo hizo Snow, ya que allí no se existían registros. Pero los hospitales sí los tenían. Y la información sobre las altas hospitalarias se recogía en una base de datos anual del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Incluso antes de que el SIDA hubiera sido formalmente identificado, en los hospitales se detectaban desórdenes del sistema inmunológico, que eran registrados como tales, junto con otros diagnósticos e información clave sobre los pacientes: su edad, género y lugar de residencia, a través del código postal. Esta información y sus detalles geográficos estaban disponibles en las historias clínicas de los hospitales del Bronx, desde los '70.

Con la ayuda de un estudiante de medicina recolecté todos los casos del Bronx de los primeros años de la epidemia del SIDA, 1982-1985. Usando una vieja computadora *Apple* hicimos tablas con los datos y los volcamos en un mapa hecho a mano. Trazamos un mapa por cada uno de los primeros cuatro años de SIDA en el Bronx: un punto por cada caso (negro para los hombres, rojo para las mujeres), ubicado en el código postal de la víctima.

**Nuevos casos de SIDA reportados en el Bronx,
1983-1984**



La información anual sobre casos de SIDA forma una serie temporal que describe el aumento de la hospitalización de los pacientes (su incidencia) a través de los cuatro primeros años de la nueva epidemia en el Bronx, revelando la dramática propagación del SIDA en un primer estallido de la enfermedad. La epidemia se duplicó, y más, en cada uno de los cuatro años siguientes, hasta multiplicarse 21 veces, de 15 casos en 1982 hasta 323 casos en 1985. Y el número ascendería a 1500 nuevos casos durante el año 1993, en un pico de la epidemia. En 2005 unas 20.000 personas vivían con

HIV o SIDA en el Bronx y otras 10.000 habían muerto, mayormente en la primera década de la epidemia, antes de que hubiera un tratamiento efectivo para el virus.

Pero la característica más sorprendente de los mapas del SIDA era el conjunto de puntos que representaban numerosos casos en ciertos barrios, con una clara concentración geográfica en la zona sur del Bronx. El subsiguiente crecimiento del SIDA siguió estando geográficamente concentrado en los mismos lugares observados en primer lugar, como aún lo está actualmente. ¿Qué ocurría en esos lugares, en esos

barrios específicos o sus poblaciones, que pudiera dar cuenta de la concentración de casos en este primer estallido de la nueva enfermedad? Si el cólera transmitido por el agua de una bomba contaminada en *Broad Street* era la fuente de esa infección, ¿cuál era la fuente de tantos casos de SIDA en el sur del Bronx?

Todos los epidemiólogos comienzan con el mismo conjunto de preguntas sobre tiempo, persona y lugar. Yo comencé por el lugar: ¿Qué había de especial en las zonas del Bronx donde se concentraban de tal manera los casos de SIDA? ¿En qué difería esta zona de aquéllas en las que no había casos de SIDA o había menos en cantidad? Quizás fuera un artificio, y sólo hubiera más gente viviendo allí. Pero no era así: no sólo la cantidad de casos era mucho menor en el norte del Bronx, también lo era la tasa de incidencia sobre 100.000 habitantes. El índice de infectados en la empobrecida región de Mott Haven del sur del Bronx era cinco a diez veces superior que en Riverdale, el próspero barrio del norte del distrito. ¿Cómo se podría explicar esta gran disparidad en la incidencia del SIDA entre un barrio y otro?

Claramente, como en el caso del *Titanic*, necesitábamos información más detallada sobre las localidades en que se concentraban los casos de SIDA, así como mayor información sobre los individuos afectados, en comparación con aquéllos que no lo estaban. La primera información sobre casos de SIDA con la que realizamos los mapas provenía de viejas historias clínicas, la mayor parte de las cuales era anterior a la identificación o la clasificación

del SIDA como una nueva enfermedad. Estos registros estadísticos carecían de detalles personales de los pacientes, anexados a los datos a los que habíamos tenido acceso, por lo cual no conocíamos demasiado acerca de los casos particulares, excepto que todos eran adultos que superaban los 18 años, el género y el código postal.

Otra tarea importante: hacer comparaciones correctas. ¿Cuáles eran las diferencias entre los lugares en que se concentraba el SIDA y aquéllas áreas del Bronx en las que había menor densidad de casos? En esa época, y aún ahora, el Bronx era el barrio más pobre de Nueva York. Es, incluso, uno de los municipios más pobres de EE.UU., según la medición del porcentaje de la población que se encuentra bajo la línea de pobreza definida por el gobierno —lo cual es extraño, dada la riqueza característica de Nueva York. Lo que distingue al sur del Bronx es la pobreza.

Para analizar la idea de que la fuente de los casos de SIDA tenía relación con la pobreza, examinamos otra información e hicimos nuevos mapas de los mismos barrios del Bronx, considerando variables sociales más que mediciones biológicas: niveles de ingreso y pobreza, tasas de deserción de la escuela secundaria e índices de criminalidad. Incluso una rápida mirada a estos mapas revela que los primeros casos de SIDA tienen una clara correspondencia con las mayores concentraciones de pobreza y los más bajos niveles educacionales del barrio. Los mapas del Bronx que trazan la pobreza, el bajo nivel de educación, el crimen y las muertes vinculadas con

sobredosis de drogas son prácticamente idénticos a los del SIDA.

¿Pero por qué y cómo esto se correlaciona con el primer estallido de la epidemia del SIDA en el Bronx? ¿Cuál es la “bomba” del SIDA responsable de la transmisión de la enfermedad en estas comunidades?

En los '60 y '70, el sur del Bronx era un ícono de la pobreza, marcada por las viviendas deterioradas, la violencia y la adicción a las drogas. Gran parte del barrio se incendió, completando así la imagen de un campo de guerra. “Señoras y señores, el Bronx está en llamas”, anunció el presentador de deportes Howard Cosellen en la TV pública mientras cubría el Bronx-Yankees en la Serie Mundial de 1977.

En 1969 comencé a desarrollar un programa de tratamiento contra las drogas que cubría a muchas de esas áreas del Bronx. En los años representados en nuestro mapa del SIDA, casi el 50% de mis pacientes se infectaron. ¿Algo relacionado con el uso de drogas podía ser la fuente del SIDA?

Mientras que ahora se sabe que la adicción y la inyección de heroína fue un transmisor fundamental de la epidemia de SIDA en Nueva York y en todo el mundo, inicialmente, cuando planteamos esta idea, nos enfrentamos con el escepticismo de nuestros colegas. Como señalé anteriormente, cuando el SIDA apareció entre los hombres homosexuales en California y Nueva York, esta nueva enfermedad fue denominada *GRID* (desorden inmunológico relacionado con los homosexuales, según sus siglas en inglés). El SIDA era “la plaga de los homosexuales”; todo aquello

acerca de las diferentes vías de transmisión aún no se conocía ni se comprendía. La idea de que el SIDA no afectaba exclusivamente a los hombres homosexuales era tomada con recelo.

En 1983 y 1984, mi clínica del Bronx trajo a médicos y científicos de los *Centers for Disease Control*, de Atlanta a Nueva York, para demostrarles que se trataba de la misma epidemia que afectaba a los hombres homosexuales: “Sólo mira esto: este hombre o esta mujer que se inyecta drogas no tiene relaciones homosexuales. ¿Ves las huellas? ¿Ves las agujas reutilizadas?” Sí, el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual. Pero también se transmite a través de la sangre y puede contagiarse al compartir las agujas. Las galerías del sur del Bronx en que se inyectaban drogas, donde se utilizaban agujas infectadas, constituyeron un nuevo modo de transmisión del SIDA: una ínfima transfusión de sangre.¹⁴

En 1983, ya se sospechaba que el SIDA era un virus de transmisión sanguínea y que podía haberse propagado mediante la sangre infectada proveniente de transfusiones o agujas compartidas. En 1985 se supo que más del 50% de todos los hemofílicos de EE.UU., muchos de ellos niños y adolescentes, se habían infectado a través de los productos de la sangre que utilizaban para controlar el sangrado.¹⁵ Esto significaba que la sangre a partir de la cual se elaboraban estos productos estaba infectada. Cuando comenzó a utilizarse el *test* de SIDA para analizar las reservas de sangre (una de las primeras medidas de salud pública que

se tomaron para enfrentar la epidemia del SIDA), surgieron muchos enfrentamientos internos. En Francia y otros países este *affaire du sang contaminé* dio lugar a castigos con penas de prisión para los funcionarios que obstaculizaron el testeo de la sangre.¹⁶

El programa de metadona y tratamiento contra las drogas del Bronx, que comenzó en 1970 y que dirigí por veinte años, tenía más de 900 pacientes que se inyectaban heroína. Examinamos todos los factores que podían influir en el riesgo de contraer la enfermedad, comenzando por las drogas mismas: el tipo de drogas utilizadas, el modo de administración –especialmente la inyección–, las redes sociales en las que se drogaban –compartiendo agujas y jeringas–, la concurrencia a galerías donde se inyectaban y las otras enfermedades de los drogadictos.¹⁷

Nos interiorizamos acerca del comportamiento sexual de los pacientes, tantas veces afectado por la adicción a las drogas –muchas mujeres adictas eran arrastradas al mercado sexual como prostitutas–, lo cual sumaba otro factor de riesgo, y examinamos los factores de transmisión del HIV a otras personas: compañeros sexuales, hijos, y otros miembros de la casa que compartieran comidas, utensilios, toallas de baño, cepillos de dientes y el equipo para afeitarse. Recién en el quinto año de la epidemia los Dres. Jerry Friedland y Brian Salzman de Montefiore/Einstein, en el Bronx, hicieron el primer estudio en el que se mostraba que los miembros del hogar no tenían riesgo de contagio a través del contacto casual cotidiano.¹⁸

Pero ciertamente no podíamos decir

lo mismo acerca del equipo de gente que trabajaba tan íntimamente con los pacientes más enfermos, tocándolos y abrazándolos, extrayéndoles sangre, limpiando sus fluidos corporales, que se sabía que contenían el virus vivo. Comprendimos que los mismos médicos estaban en riesgo por el contacto con las agujas y la sangre de estos pacientes, pero durante más de cinco años no tuvimos certezas respecto de otros modos de exposición.¹⁹ Todos nosotros trabajábamos en lugares estrechos y hablábamos con pacientes muy enfermos en pequeñas habitaciones mal ventiladas. Muchos de nosotros limpiábamos la diarrea y el vómito de los pacientes cuando estaban más enfermos, y la mayoría de nosotros los sostuvimos y los tocamos cuando estaban muriendo. A fines de los '80, docenas de pacientes habían muerto y otros tantos transitaban estadios avanzados del SIDA y estaban por morir. Aún no había un tratamiento efectivo para el virus y sólo podíamos retrasar los efectos letales de las infecciones oportunistas que afectaban a nuestros pacientes mientras sus sistemas inmunológicos colapsaban. Al igual que el Dr. Snow en el Londres del siglo XIX que enfrentaba la epidemia del cólera, por entonces sin tratamiento, necesitábamos desesperadamente prevenir nuevos casos.

A través del ojo de la aguja

El uso de agujas no esterilizadas resultó ser uno de los más importantes modos de propagación del virus del SIDA. Y abordar el problema de las

drogas inyectables (principalmente de la heroína) se convirtió en una de las principales formas de prevenir el SIDA. Compartir jeringas usadas, contaminadas, era un vector muy poderoso para la transmisión del virus del SIDA, tal como lo había sido el sexo. Pronto, la adicción a las drogas fue el cofactor de riesgo más significativo para la propagación del SIDA en una docena de ciudades de los Estados Unidos. Como resultado de ello, las políticas de lucha contra las drogas se convirtieron en políticas de lucha contra el SIDA, y su vinculación con el uso de drogas y la adicción a la heroína cobró un nuevo significado. Actualmente, más del 35% de todos los nuevos casos de HIV en el mundo están relacionados con el uso de jeringas no esterilizadas, tanto en el ámbito médico, como no médico.²⁰

Si bien las infecciones con HIV tenían un período de incubación de ocho a doce años de duración, ya en 1983 nos encontramos con estados avanzados de SIDA en muchos de nuestros pacientes del Bronx usuarios de metadona. Durante los diez años previos de la aún invisible epidemia del SIDA, nuestros pacientes vivían en condiciones paupérrimas, en edificios abandonados del Bronx, Harlem y Brooklin, donde muchos compartían agujas, a través de las cuales se propagaba rápida y eficientemente la infección de unos usuarios a otros. Ahora estábamos viendo el resultado. Pronto, todos los barrios en los que se concentraba el uso de drogas inyectables se convirtieron en epicentros de la epidemia del SIDA. Además de las reconocidas ca-

lamidades sociales y económicas asociadas con la adicción y el tráfico de drogas que enfrentaba el Bronx en los '70s —la decadencia urbana, el crimen y la violencia—, ahora, el barrio albergaba una plaga moderna.

Y lo mismo se observaba en las estadísticas de otras ciudades de Estados Unidos, especialmente las viejas ciudades del noreste que habían albergado a un gran número de adictos a la heroína desde la epidemia de los '60s. Esto incluía el resto de la ciudad de Nueva York, Baltimore, Filadelfia, Washington D.C., y pronto Chicago, Miami y Los Ángeles, si bien las cifras de la infección con HIV entre los usuarios de drogas inyectables decrecían significativamente a medida que aumentaba la distancia con el noreste de los Estados Unidos.

Para el momento en que el nuevo *test* del SIDA estuvo disponible, en 1985, el SIDA ya se estaba propagando rápidamente entre la población de los usuarios de drogas inyectables del Bronx, donde nuestros mapas señalaban la verdadera naturaleza y localización de la “bomba del SIDA” muy claramente: las redes comunitarias de los usuarios de drogas que compraban y vendían drogas y compartían agujas contaminadas.

Nuestros mapas nos mostraban que la mayoría de los casos de SIDA se concentraban en los barrios más pobres del Bronx que tenían altas tasas de uso de drogas inyectables, donde vivía la mayoría de los adictos del barrio. Y pronto fue claro que la mayoría de los casos de SIDA se daba entre los usuarios de drogas, sus compañeros

sexuales y los bebés nacidos de mujeres de esos dos grupos. Era la reutilización de jeringas sin esterilizar y el frecuente contacto sexual inseguro (a cambio de dinero o drogas) lo que operaba como la bomba que impulsaba el estallido local en el Bronx.

Los adictos se transmitían la infección de unos a otros en las tristemente célebres *shooting galleries* del sur del Bronx, donde “alquilaban” jeringas para inyectarse. Hacia el final del día, cientos de ellos habían utilizado las mismas jeringas contaminadas, adquiriendo el HIV en el proceso. Una vez infectados, podían transmitirlo fácilmente a sus compañeros sexuales; y las mujeres infectadas, a sus hijos recién nacidos.

El *test* del SIDA nos permitió ver el resto del *iceberg* del HIV, cuya punta eran las personas enfermas, que estaban por morir de SIDA, pero cuya base invisible –mucho mayor aún– comprendía un número diez veces mayor de infectados. Nosotros administrábamos el *test* a los pacientes en nuestra clínica de metadona, y ahora podíamos ver la infección subyacente, años antes de que los síntomas se hicieran evidentes. Era una catástrofe: más de cuatrocientos de ellos (el 46 por ciento) ya estaban infectados con HIV. Nuestro programa, aún asediado por todas las dificultades de tratar la adicción en el contexto de la pobreza, el deterioro urbano, y recursos siempre escasos para la atención de la salud, estaba por convertirse en un programa de SIDA.

Si el inyectarse drogas como la heroína y la cocaína era la bomba del SIDA en el Bronx, aquello que cum-

plía la función del agua contaminada de cólera de Snow era la sangre de los adictos, infectada con HIV. Compartir una jeringa con una persona HIV positivo implicaba una pequeña dosis de sangre infectada. El vector era, precisamente, las jeringas contaminadas que utilizaban para inyectarse heroína. Era tan ilegal tener este instrumental sin prescripción médica, como las drogas mismas –una consecuencia práctica de la política de drogas que hacía muy peligroso llevar agujas, y conducía al uso de las *shooting galleries*.

A John Snow le llevó diez años desde que presentó sus informes iniciales en los que asociaba la provisión de agua con el cólera hasta que obtuvo la aceptación de sus teorías y pudo detener la bomba de *Broad Street*. Pero ¿cómo alguien podría detener la bomba del SIDA? Con el conocimiento de la conexión entre el SIDA y la adicción a las drogas, pronto presenciamos una escalada del miedo (al SIDA y a las drogas) en el público en general, y una creciente hostilidad hacia los adictos, empujándolos a la clandestinidad. El impacto de estas actitudes habría atentado contra nuestros esfuerzos para detener la epidemia del SIDA afectando a los adictos, al promover un modo de administración más peligroso y frustrar nuestros intentos de generar cambios en su conducta. Los profesionales de la salud pública en el Bronx se encontraron con una gran resistencia pública casi inmediatamente –no una resistencia a ocuparse del SIDA *per se*, sino una resistencia a tratar a los usuarios de drogas como si tuvieran un problema de salud. En el

Bronx, en la mente de la mayoría de las personas, las drogas no estaban asociadas con la salud pública sino con el crimen y la violencia creciente del tráfico de drogas. La “guerra de las drogas” en EE.UU. marcó un período en el cual se duplicó la tasa de homicidios.

En los mismos barrios de la ciudad de Nueva York en que vieron más de quinientos casos de sobredosis letales de drogas en 1987, también se registraron dos mil homicidios en ese mismo año. Esta relación entre el uso de drogas y la violencia hizo casi imposible torcer la opinión pública en una dirección que nos hubiera permitido frenar el avance de la epidemia del SIDA más tempranamente; esto es, hacer que el público concibiera la adicción a las drogas como un problema personal y de salud pública más que como una falla moral. En la política de drogas de EE.UU. primó el enfoque criminal sobre el consumo de drogas y la violencia asociada con el tráfico. En lugar de tratar la adicción a las drogas como un problema de salud, las leyes criminalizaban la adicción y establecían severas penas de prisión, sin contribuir a contrarrestar la propagación del consumo —y el SIDA. La respuesta, por defecto, al consumo de drogas en EE.UU. se materializó en el arresto y la cárcel, en lugar del uso de un tratamiento efectivo para quienes se inyectaban heroína, cuando ya estaba disponible la metadona, una droga que se administra por vía oral una vez al día, eliminando así los riesgos de la inyección.

Las consecuencias de la política de drogas de EE.UU. tuvieron tremendas

implicancias para la salud pública. Cuando los adictos se infectaron de SIDA, pronto fue evidente que criminalizarlos y encerrarlos perpetuó y expandió la emergente epidemia. *Rikers Island*, la ciudad-prisión más grande del mundo (con más de 24.000 internos), en Nueva York, pronto se convirtió en la mayor concentración de personas infectadas de SIDA en los EE.UU. La criminalización del consumo de drogas y su ejecución minaron los tempranos esfuerzos médicos y de salud pública para tratar eficientemente a los adictos. Como resultado, EE.UU. falló en contener el avance de la epidemia del SIDA.

Pronto veríamos que la fuerza de propagación de esta nueva epidemia entre quienes se inyectaban drogas no eran las drogas *per se*. En cambio, era la decisión política de criminalizar el uso de drogas y el instrumental para utilizarlas lo que creó las condiciones ideales para que el SIDA prosperara. Cada arresto de un adicto desestabilizaba aún más sus ya marginales condiciones de vida, llevándolo a los más peligrosos hábitos que transmiten el SIDA. Con las decenas de miles de arrestos relacionados con las drogas y el encarcelamiento de adictos infectados, cada año, Nueva York llenó sus cárceles con adictos enfermos. Y mientras la epidemia del SIDA crecía en los ‘80s y tempranos ‘90s, resurgió otra vieja enfermedad en los presos, cuyos sistemas inmunológicos estaban ya comprometidos. La tuberculosis (TBC) siempre estuvo presente, en las últimas décadas, aunque con bajos índices, en la

ciudad de Nueva York. Pero ahora su propagación era facilitada por el SIDA. La TBC pronto se extendió en *Rikers Island*, con (en los picos de la epidemia) más de 20.000 internos hacinados en una pequeña porción de tierra justo al lado de la costa del Bronx, y pronto inundaron las cárceles estatales de Nueva York, donde permanecieron durante las siguientes tres décadas. El investigador Roderick Wallace lo denominó “sinergia de plagas” –drogas, SIDA, cárceles, TBC–, causante de una nueva y letal ecología que ahora se ha convertido en un patrón global.²¹

El paso del tiempo, desde los ‘80s, ha mostrado que la muerte y la enfermedad no son resultados inevitables del uso de drogas. Hemos desarrollado políticas de drogas alternativas, llamadas de “reducción de daños”, que son muy efectivas en la prevención de la propagación de enfermedades asociadas con el uso de drogas. Así como instituímos una efectiva educación sexual y mejoramos el acceso a condones en respuesta al SIDA, podemos hacer que el uso de drogas sea más seguro proveyendo jeringas esterilizadas.²² Y hemos aprendido que el modo en que respondimos (y fallamos en responder) a nuestros problemas de drogas determinó el curso de la epidemia del SIDA en América. Con lo cual podemos ver que el SIDA fue una epidemia altamente política desde sus primeros casos entre los hombres homosexuales en California, hasta su último escenario en las *shooting galleries* de los guetos urbanos más pobres de las ciudades de Norteamérica.

Mientras se estaba desplegando el

drama social que rodea a la epidemia del SIDA, la medicina estaba haciendo grandes progresos. En 1995 habíamos logrado obtener tratamientos relativamente efectivos para la enfermedad clínica del SIDA, drogas antirretrovirales (ARV). Estas drogas no curaban el SIDA eliminando totalmente el virus, pero reducían de tal modo el nivel de virus en sangre (especialmente, si el tratamiento se empezaba tempranamente en el curso de la infección) que el HIV no podía provocar un daño tan devastador en el sistema inmunológico. Actualmente, en Norteamérica, cientos de miles de personas viven con SIDA desde hace veinte años o más. Pero aún cuando en Norteamérica y otros países desarrollados que disponen de atención médica moderna el síndrome clínico del SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica tratable, que puede ser fácilmente controlada, la epidemia del SIDA continúa.

Sólo en EE.UU., más de un millón de personas están actualmente infectadas y viven con SIDA o HIV y más de 600.000 norteamericanos ya han muerto de SIDA. Por desgracia, muchas de las personas y grupos que son más vulnerables al SIDA aún desconocen la naturaleza del riesgo que corren. En consecuencia, los *Centers for Disease Control* de EE.UU. estiman que en ese país ocurren actualmente entre 50 mil y 60 mil nuevos casos de HIV y que esa tendencia se ha sostenido en los últimos diez años.

La conjunción del SIDA con el sexo y las drogas creó un dilema político y epidemiológico: Norteamérica es un país en el que tanto las drogas como el

sexo (especialmente, el sexo entre homosexuales) son temas de intenso conflicto cultural y político. Pero las drogas han sido tan severamente criminalizadas en EE.UU. que ahora hay más de dos millones de personas detrás de las rejas, y más de un tercio de ellas están encarceladas por uso de drogas y crímenes relacionados.²³ Debido a la conexión del SIDA con las drogas y el sexo, al menos uno de cada

seis norteamericanos que viven con HIV o SIDA pasan por la cárcel y el sistema penitenciario de Estados Unidos cada año.²⁴ Es esta intrincada epidemiología del encarcelamiento en masa de las mismas poblaciones que ya sufren esta sinergia contemporánea de plagas lo que ahora debemos comenzar a resolver.²⁵ ■

Traducción: Natalia Righetti

Notas y referencias bibliográficas

¹ Pneumocystis Pneumonia—Los Angeles, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1981; 30: 250–52.

² First Reports of AIDS and Growth of Epidemic, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2001; 50(21).

³ Turner C.F. et al. *AIDS: Sexual Behavior and Intravenous Drug Use*. Washington, DC: National Academy Press, 1989.

⁴ *Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2007.

⁵ Darrow W.W. AIDS: Socio-epidemiological Response to an Epidemic, in Richard Ulack and William Francis Skinner (ed.) *AIDS and the Social Sciences*, Lexington: University of Kentucky Press, 1991.

⁶ Shilts R. *And the Band Played On: Politics, People, and the AIDS Epidemic*. New York: St. Martin's Press, 1987.

⁷ Volberding P.A., Sande M.A., Lange J. and Greene W.C. (eds.) *Global HIV/AIDS Medicine*. Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2007.

⁸ Los temores respecto de cómo se transmitía el SIDA exageraron los peligros de la transmisión heterosexual y el contacto diario; véase Crichton M. Panic in the Sheets, *Playboy*, December 1991; Berger J. Communion-Cup Fear Addressed, *New York Times*, September 13, 1985. "En 1985, Ryan White se convirtió en un símbolo de la intolerancia hacia las víctimas del SIDA. Una vez que se conoció que White, un hemofílico, había contraído la enfermedad a través de una transfusión de sangre contaminada, las autoridades de la escuela le prohibieron asistir a clases." American Notes: Voices: The Miracle of Ryan White, *Time*, April 23, 1990.

⁹ Volberding et al. *Global HIV/AIDS Medicine*; Turner et al., *AIDS*.

¹⁰ Volberding et al. *Global HIV/AIDS Medicine*.

¹¹ Barre-Sinoussi F. et al. Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), *Science* 1983, May 20.

¹² Pear R. AIDS Blood Test to Be Available in 2 to 6 Weeks, *New York Times*, March 3, 1985; Marx J.L. A Virus by Any Other Name? *Science* 1985, March 22.

¹³ UN AIDS data. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/default.asp>

¹⁴ Drucker E. and Vermund S.H. Estimating Population Prevalence of Human Immunodeficiency Virus Infection in Urban Areas with High Rates of Intravenous Drug Use: A Model of the Bronx in 1988, *American Journal of Epidemiology* 1989; 130(1).

¹⁵ Epidemiologic Notes and Reports: Possible Transfusion-Associated Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS—California, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1982; December 10: 652–54.

¹⁶ Mann J., Tarantola D. and Netter T. *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992.

¹⁷ Selwyn P.A., Hartel D., Wasserman W. and Drucker E. Impact of the AIDS Epidemic on Morbidity and Mortality Among Intravenous Drug Users in a New York City Methadone Maintenance Program, *American Journal of Public Health* 1989; 79(10): 1358–63; Drucker E. AIDS and Addiction in New York City, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1986; 12(1–2): 165–81.

¹⁸ Friedland G.H., Saltzman B.R., Rogers M.F. et al. Lack of Transmission of HTLV-III/LAV Infection to Household Contacts of Patients with AIDS or AIDS-Related Complex with Oral Candidiasis, *New England Journal of Medicine* 1986; 314(6): 334–49.

¹⁹ Selwyn P.A. *Surviving the Fall: The Personal Journey of an AIDS Doctor*. New Haven, CT: Yale University Press, 1998.

²⁰ UN AIDS data.

²¹ Wallace R. Traveling Waves of HIV Infection on a Low Dimensional ‘Socio-Geographic’ Network, *Social Science and Medicine* 1991; 32(7): 847–52.

²² Hartel D.M., Schoenbaum E.E., Selwyn P.A. et al. Patterns of Heroin, Cocaine and Speedball Injection Among Bronx (USA) Methadone Maintenance Patients: 1978–1988, *Addiction Research & Theory* 1996; 3(4): 323–40; Drucker E., Apetrei C., Heimer, R. and Marx P. The Role of Unsterile Injections in the HIV Pandemic. En Volberding et al. *Global HIV/AIDS Medicine*.

²³ Sabol W.J., West H.C. and Copper M. Prisoners in 2008. Bureau of Justice Statistics, revised June 30, 2010. Disponible en: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/p08.pdf>; King R.S. and Mauer M. Distorted Priorities: Drug Offenders in State Prisons. The Sentencing Project, Washington, DC, September 2002.

²⁴ Spaulding A.C., Seals R.M., Page M.J. et al. HIV/AIDS Among Inmates of and Releasees from US Correctional Facilities, 2006: Declining Share of Epidemic but Persistent Public Health Opportunity, *PLoS ONE* 2009; 4(11), e7558. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0007558>

²⁵ Drucker E. *A Plague of Prisons: The Epidemiology of Mass Incarceration in America*. NYC: The New Press, 2011.

