

Economist Intelligence Unit

The
Economist

LA PANDEMIA SILENCIOSA

ENFRENTAR EL PROBLEMA DE LA
HEPATITIS C A TRAVÉS DE LA INNOVACIÓN
EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Un informe de Economist Intelligence Unit

Con el apoyo de:

janssen 

Contenido

Resumen Ejecutivo	2
Acerca de este informe	4
Está surgiendo un iceberg dentro de la niebla de la incertidumbre	5
Las barreras para enfrentar el VHC	10
Encontrar el camino para avanzar	14
Conclusión	20

Resumen ejecutivo

La hepatitis C puede llegar a ser la enfermedad en la cual mejor se combinan la prevalencia vastamente generalizada y la ignorancia vastamente generalizada. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este problema de salud, que requiere atención urgente, produce la muerte de 350.000 personas al año, mientras que hay 150 millones de portadores del virus de la hepatitis C (VHC). Sencillamente no se conoce la incidencia de los nuevos contagios a nivel mundial, y, sin embargo, el VHC es totalmente evitable y en gran medida curable.

El VHC, una enfermedad que se contagia a través del contacto sanguíneo, se caracteriza por no presentar síntomas durante décadas, no obstante que va dañando el hígado lentamente. A nivel mundial ya constituye una de las principales causas de cirrosis y de cáncer primario de hígado – una forma de la enfermedad que presenta tasas de supervivencia especialmente bajas. El VHC es también la razón más importante por la cual se producen los trasplantes de hígado en todo el mundo, una operación que cuesta cientos de miles de dólares siempre y cuando se cuente con un órgano disponible para el reemplazo. Y lo que es peor aún, el trasplante es una solución temporal, ya que la reinfección es universal. La recurrencia de la infección por el VHC después del trasplante de hígado lleva al desarrollo de hepatitis crónica en al menos el 50% de los injertos después de un año y en hasta el 100% del total de casos después de cinco años.¹

El impacto del VHC parece determinado a crecer a

medida que cada vez más personas que se contagiaron antes del descubrimiento del virus en 1989 alcanzan la denominada etapa terminal de la dolencia. En los Estados Unidos, por ejemplo, el VHC ahora parece dar cuenta de más muertes que el VIH y el 82% de las personas que padecen la enfermedad mencionada en primer término está integrado por los nacidos entre 1945 y 1965. Sin embargo, los expertos coinciden en que habitualmente tan sólo una minoría de quienes padecen el VHC ha sido diagnosticada e incluso en los países desarrollados el número de quienes reciben tratamiento es bajo.

A los efectos de investigar el alcance del desafío planteado por el VHC, The Economist Intelligence Unit, en nombre de Janssen, realizó 16 entrevistas a fondo con expertos, incluidos funcionarios de salud de diversos países y organismos mundiales, activistas, investigadores y personal médico, además de una amplia investigación documental.

Las conclusiones clave a las que se han llegado como resultado de la investigación incluyen las siguientes:

Se desconoce el alcance del problema porque los datos epidemiológicos siguen siendo incompletos. Tal como destacó un funcionario entrevistado para este estudio, “no tenemos el conocimiento real de la magnitud” del desafío que plantea el VHC. Son muy pocos los países – desarrollados o en vías de desarrollo – que han realizado en forma reciente los estudios epidemiológicos necesarios para la elaboración de

¹ Claudio Augusto Marroni, “Treatment of recurrent hepatitis C post-liver transplantation”, *Annals of Hepatology*, 2010.

políticas adecuadas a nivel nacional y mucho menos a nivel local. Según la Alianza Mundial contra la Hepatitis, un grupo de pacientes, dentro de la Unión Europea (UE), únicamente en los Países Bajos se cuenta con información adecuada acerca de la hepatitis C, mientras que en 16 países de la UE la información es muy poca o inexistente.

Hay barreras significativas que obstaculizan el enfoque de la enfermedad, incluidas la falta de conocimiento científico, la insuficiente concientización del público y la demora en el tratamiento debido al costo y los efectos secundarios.

A pesar del progreso científico sustancial logrado desde el descubrimiento del VHC en 1989 y de la disponibilidad de tratamientos cada vez más eficaces para mejorar la proporción de cura, hay algunos elementos básicos inherentes a la biología del virus que siguen siendo un misterio, por ejemplo, el hecho de que algunas personas desarrollen la etapa terminal y otras no. Por otro lado, el público sigue estando mal informado acerca del VHC: Un informe de la Asociación Europea de Pacientes Hepáticos concluyó que únicamente el 20% de los diagnosticados había escuchado hablar de la hepatitis C antes de que les dijeran que la padecían. Los responsables de elaborar las políticas también deben ampliar sus conocimientos, ya que algunos tienden a confundir el VHC con la hepatitis B. Mientras tanto, los tratamientos son cada vez más eficaces pero también más onerosos y con frecuencia presentan efectos secundarios considerables. Los activistas se quejan de que esto puede llevar a los médicos y a los pacientes a esperar, en la esperanza de que aparezca algo mejor antes de alcanzar la etapa terminal de la dolencia.

En demasiados países en vías de desarrollo, el propio sistema de atención médica sigue siendo un vector principal de transmisión del VHC.

En los países en desarrollo la principal vía de transmisión del VHC es el sistema de salud, a través de inyecciones con equipo no esterilizado o a causa de la transfusión de sangre infectada. En 2008 la OMS encontró que en los países de bajos ingresos respecto de los cuales había datos disponibles, únicamente el 53% de la sangre era analizada para detectar el virus con garantía de calidad y que en el 39% de los países se donaba sangre sin ningún análisis de rutina en

absoluto. Datos anteriores de la OMS sugieren que detrás de gran parte de la incidencia global de la enfermedad se encuentra el uso de equipo médico no esterilizado.

La alta incidencia y la prevalencia del VHC entre usuarios de drogas inyectables en los países desarrollados presentan problemas de prevención y tratamiento y han estigmatizado la enfermedad.

En estos países la gran mayoría de los casos nuevos se refiere a usuarios de drogas inyectables (UDI). Desde 1996, por ejemplo, el 90% de los casos nuevos en Inglaterra se ha dado en estas personas. Esto presenta una serie de problemas relacionados al enfrentar el VHC: Los usuarios de drogas inyectables con frecuencia demuestran poco interés por su propia salud, razón por la cual es probable que no busquen tratamiento ni se realicen análisis; el tratamiento es difícil para quienes padecen las enfermedades concomitantes o la falta de respaldo social y financiero que son habituales en los usuarios de drogas inyectables; y con frecuencia se ven altos niveles de desconfianza entre estas personas y los profesionales de la salud. En un sentido más amplio, el estigma que conlleva la asociación con el uso de drogas puede llevar a quienes hayan participado en una actividad de alto riesgo anteriormente o a quienes se hayan contagiado la enfermedad por otros medios a ser reacios a los análisis.

Para enfrentar los desafíos que plantea el VHC se necesita una estrategia coordinada que cubra una gama de áreas.

El VHC no se irá por sí solo. En los países que hasta ahora han demostrado mayor éxito se observa la tendencia a concentrarse en el problema en forma coordinada, más que en relación con un aspecto individual. Cada país tiene necesidades diferentes y dispone de recursos diferentes; sin embargo, todos deben pensar en obtener datos sólidos, en aumentar la concientización respecto de la enfermedad y en concentrarse en su prevención. Aquéllos que cuentan con sistemas de salud que reúnen los recursos y la sofisticación necesarios para administrar los tratamientos actuales también deben buscar las formas más eficaces para hacerlo (en la sección de Conclusiones se suministra una lista detallada de acciones).

Acerca de este informe

La pandemia silenciosa: Enfrentar el problema de la hepatitis C a través de la innovación en las políticas públicas es un informe de la Economist Intelligence Unit elaborado con el respaldo de un subsidio educativo otorgado por Janssen. El informe investiga el desafío para la salud que plantea el virus de la hepatitis C (VHC) y de qué manera la innovación sistémica puede minimizar su impacto. Las conclusiones de este trabajo se basan en investigación documental y en entrevistas con una gama de expertos de la salud.

A continuación manifestamos nuestro agradecimiento a todos aquéllos que colaboraron con su tiempo y sus aportes (en orden alfabético):

- Dra. Ruth Bastable, GP, RU
- Dra. Sylvie Briand, coordinadora de la unidad de Gripe, Enfermedades Respiratorias, Hepatitis y PIP de la Organización Mundial de la Salud
- Luis Gerardo Castellanos, asesor principal para la prevención y el control de enfermedades infecciosas en la Organización Panamericana de la Salud de las Naciones Unidas
- F DeWolfe Miller, profesor de epidemiología de la Universidad de Hawaii
- Dr. Ivan Gardini, presidente de la Asociación Italiana de Pacientes Hepáticos
- Profesor David Goldberg, jefe del Programa Escocés de Hepatitis C

- Charles Gore, presidente de la Alianza Mundial contra la Hepatitis
- Achim Kautz, gerente de Deutsche Leberhilfe
- Dr. James Morrow, GP, RU
- Saroj Nazareth, RN, BHLth Sc, MSc, MN, enfermera profesional, servicio de hepatología, Australia Occidental
- María Prins, jefa del Departamento de Investigación, Enfermedades Infecciosas Agrupadas, Servicio de Salud Pública de Amsterdam; profesora de salud pública y epidemiología de las enfermedades infecciosas en el Centro Médico Académico de Amsterdam
- Profesor Walter Ricciardi, presidente de la Asociación Europea de Salud Pública
- Marita van de Laar, jefa del programa de Información Técnica y Científica, VIH/SIDA y virus de transmisión sanguínea del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades
- Jack Wallace, catedrático investigador en la Facultad de Ciencias de la Salud, La Trobe University; miembro ejecutivo de la Coalición para la Erradicación de la Hepatitis Viral en Asia y el Pacífico
- Dr. John Ward, director de la División Hepatitis Viral, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos
- Freke Zuure, coordinadora del Proyecto Hepatitis C del Servicio de Salud Pública de Amsterdam

El informe fue escrito por el Dr. Paul Kielstra, con la edición de Mónica Woodley y Zoe Tabary.

1

Está surgiendo un iceberg dentro de la niebla de la incertidumbre

Un gran problema...

A menudo se hace referencia a la hepatitis C como “la pandemia silenciosa”, en parte debido a que el virus tarda mucho tiempo en manifestarse en las personas portadoras. Difundida en gran medida mediante contacto con la sangre, en aproximadamente el 15-30% de los casos las defensas naturales del cuerpo pueden eliminar la enfermedad. El resto de los contagiados desarrolla la forma crónica del VHC. En la mayoría de los casos, sin embargo, inicialmente no se presentan síntomas perceptibles ni síntomas no específicos tales como el cansancio general.

Esta situación aparentemente benigna puede mantenerse durante décadas sin empeorar de manera contundente. La mayoría de los pacientes – aproximadamente el 60-70% de los portadores del VHC – desarrolla enfermedad hepática crónica. La minoría – estimada en 20-30%, aun cuando en las personas contagiadas cuando eran más jóvenes y saludables este valor puede descender hasta el 10% – desarrolla cirrosis hepática, la cual habitualmente aparece después de dos o tres décadas. Esos pacientes también presentan un riesgo mayor de desarrollar carcinoma hepatocelular (en inglés, ‘HCC’), el tipo más común de cáncer de hígado.

Los costos de atención médica de estas “etapas terminales” del VHC pueden ser significativos. Constituyen la causa principal de trasplantes hepáticos de todo el mundo, incluidos Europa, Estados Unidos y Japón. Un estudio reciente realizado para observar países distintos de los Estados Unidos coloca el costo promedio de un trasplante en US\$ 139.000, si bien en algunos casos llega a US\$ 400.000. Una investigación similar llegó a la conclusión de que el costo promedio en los Estados Unidos ascendía a US\$ 200.000, pero advirtió que muchos de los datos no eran recientes,² y lo que es aún peor, no hay suficientes hígados disponibles: En Europa y los Estados Unidos las listas de espera incluyen aproximadamente 30.000 personas,

pero únicamente se realizan alrededor de 12.000 procedimientos por año. El promedio de personas que fallece en espera del trasplante es de alrededor del 20%. El trasplante tampoco llega a ser la cura de la enfermedad, tan sólo proporciona tiempo. La infección del hígado nuevo en los pacientes portadores del VHC es inevitable y lleva a la necesidad de otro trasplante.

En el peor de los casos, el VHC es físicamente catastrófico y muy costoso. Por otro lado, un gran número de quienes padecen la enfermedad puede terminar sufriendo pocos efectos reconocibles de la dolencia. Lo que hace que la enfermedad sea “un problema urgente de salud pública”, según declaraciones del Dr. John Ward, Director de la División Hepatitis Viral de los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), es que la magnitud de la infección inevitablemente desembocará en un número significativo de pacientes en etapa terminal. La OMS calcula que globalmente 150 millones de personas padecen VHC crónico y que 350.000 mueren a causa de complicaciones asociadas del hígado todos los años, aproximadamente el 1% de todas las muertes que se producen en el mundo. En números globales, aproximadamente el 27% de todos los casos de cirrosis y el 25% de los casos de cáncer primario de hígado se remontan a la hepatitis C.

Tal como lo muestra el mapa 1, la prevalencia de la enfermedad tiende a aumentar en los países en vías de desarrollo, especialmente en el Norte de África. En Egipto, país donde se encuentra la población más afectada, alrededor de una persona de cada cinco es portadora del virus (ver estudio de caso p9).

Sin embargo, no se trata simplemente de otro problema de salud del mundo en vías de desarrollo. Incluso en los países más ricos, tales como Taiwán y Japón, la prevalencia es preocupante y el impacto puede volverse dramático. En los países desarrollados de la región de Asia-Pacífico, el VHC es responsable del

La mayoría de los pacientes – aproximadamente el 60-70% de los portadores del VHC – desarrolla enfermedad hepática crónica.

² Antoine C El Khoury, Carolyn Wallace, William K Klimack and Homie Razavi, “Economic burden of hepatitis C-associated diseases: Europe, Asia Pacific, and the Americas”, *Journal of Medical Economics*, 2012; Antoine C El Khoury, William K Klimack, Carolyn Wallace and Homie Razavi, “Economic burden of hepatitis C-associated diseases in the US”, *Journal of Viral Hepatitis*, 2012.

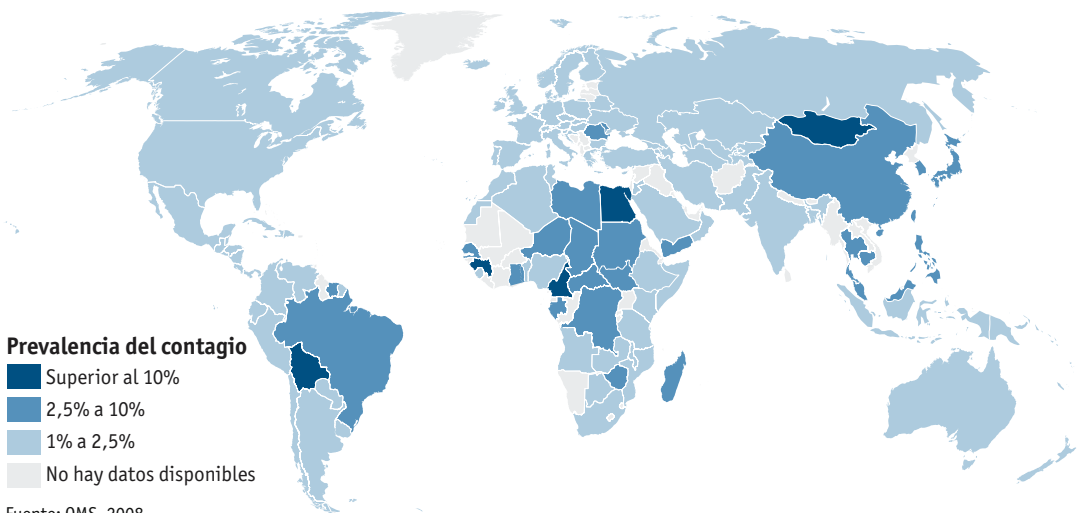
“
El VHC es una bomba de tiempo.

”
Dra. Sylvie Briand, coordinadora de la unidad de Gripe, Enfermedades Respiratorias, Hepatitis y PIP de la Organización Mundial de la Salud

Mapa 1

Hepatitis C, 2007

Prevalencia del contagio por país



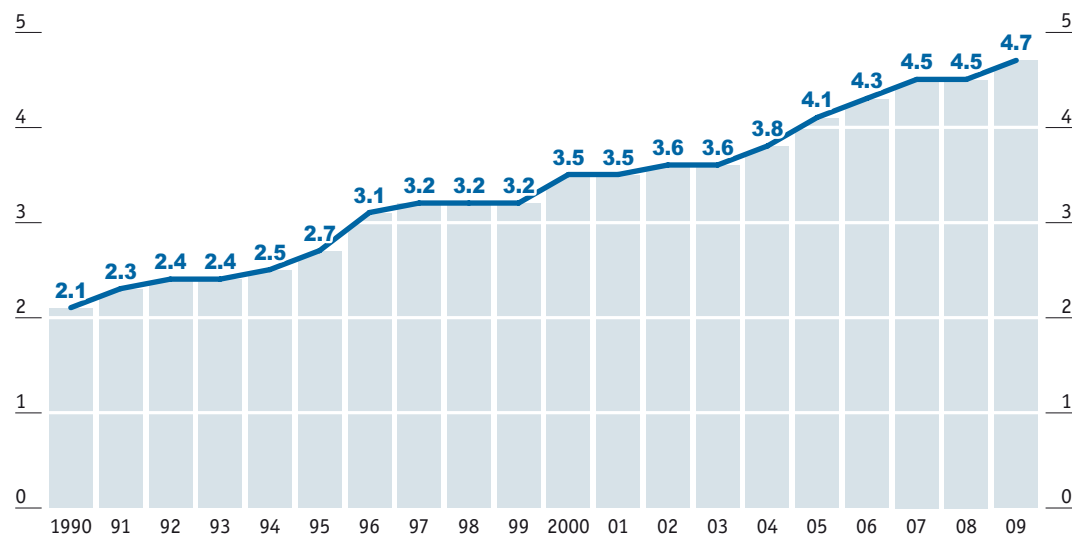
62% del total de casos de cirrosis y del 66% de todos los casos de cáncer primario de hígado. En Europa Occidental, el virus es responsable del 38% de todos los casos de cirrosis y del 44% de los casos de cáncer primario de hígado.³

La propagación rápida de la enfermedad antes de que se identificara el virus en 1989, junto con el tiempo que media hasta que aparecen las condiciones de la etapa terminal, implica que estas afecciones serán más comunes en el futuro cercano. Un análisis reciente de la progresión probable de la enfermedad en los

Cuadro 1

Cáncer de hígado

(incidencia cada 100.000 personas; Gran Bretaña)

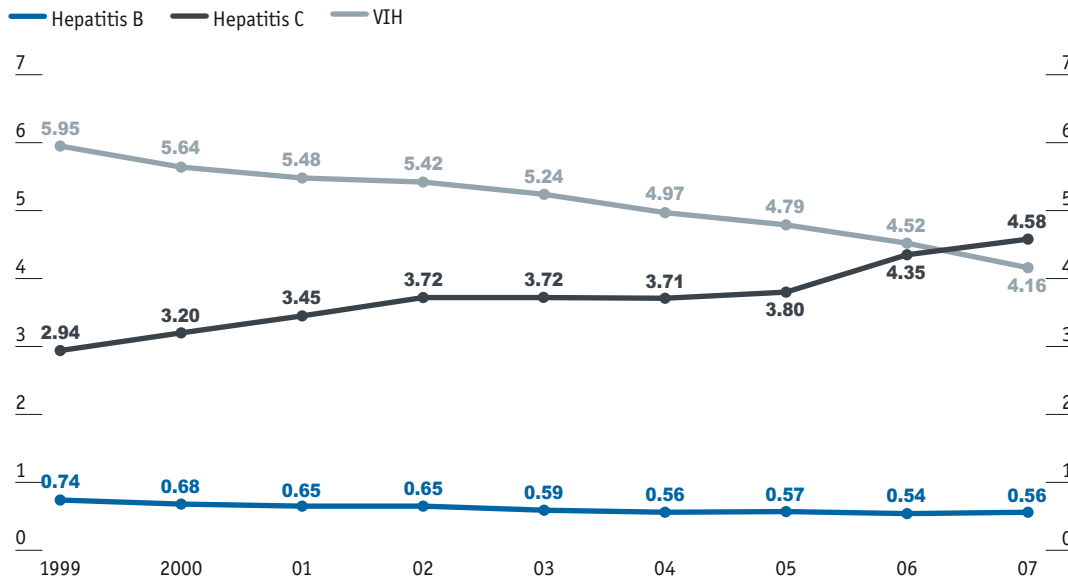


Fuente: Cancer Research UK.

³ Joseph F Perz, Gregory L Armstrong, Leigh A Farrington, Yvan JF Hutin, Beth P Bell, "The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide", *Journal of Hepatology*, 2006.

Cuadro 2

Tasas de mortalidad anuales, por edad, ocurridas en los Estados Unidos entre 1999 y 2007, basadas en muertes producidas por infecciones derivadas de los virus de la hepatitis B, de la hepatitis C y el VIH. (incidencia cada 100.000 personas)



Fuente: Ly et al, "The Increasing Burden of Mortality From Viral Hepatitis in the US Between 1999 and 2007", *Annals of Internal Medicine*, 2012.

Estados Unidos, por ejemplo, encontró que, si bien se esperaba que el número total de casos de VHC cayera un 24% entre 2005 y 2021, el número general de muertes aumentaría a causa del incremento de la tasa de mortalidad de las personas contagiadas.⁴ Según Sylvie Briand, coordinadora de la unidad de Gripe, Enfermedades Respiratorias, Hepatitis y PIP de la OMS, el VHC es "una bomba de tiempo".

Los efectos ya son evidentes en la propagación del cáncer de hígado. En Egipto, el número de muertes atribuibles al cáncer de hígado aumentó del 4% al 11% entre 1993 y 2009. En el mundo desarrollado, donde el VHC provoca una proporción mucho mayor de ese cáncer, los datos también resultan preocupantes (cuadro 1). En el Reino Unido, por ejemplo, la incidencia del VHC se ha multiplicado a más del doble en las dos últimas décadas. Las tasas de cáncer representan en forma imperfecta el impacto del VHC, pero un estudio reciente de los certificados de defunción registrados en los Estados Unidos entre 1999 y 2007 encontró que las muertes atribuibles al VHC aumentaron más del 50% durante ese período (cuadro 2). Ahora el VHC genera más muertes en los Estados Unidos que el HIV. Y los pronósticos tampoco

son alentadores. Achim Kautz, gerente de Deutsche Leberhilfe, un grupo de apoyo de pacientes alemanes, dice: "En relación con la hepatitis C en Europa, se considera que el pico de población que desarrollará condiciones de etapa terminal tendrá lugar dentro de 10 a 15 años."

... de magnitud no determinada

El factor que resulta aún más alarmante es que la información actual sobre el VHC es escasa y probablemente subestima el problema. Charles Gore, presidente de la Alianza Mundial contra la Hepatitis, dice: "Los cálculos estimativos de la prevalencia y la incidencia mundial no son mucho más que suposiciones informadas." La Dra. Briand agrega: "No tenemos un conocimiento real de la magnitud del problema." El carácter silencioso de la enfermedad dificulta la obtención de datos. La Dra. Briand considera que la obligatoriedad de informar los casos de pacientes sintomáticos revela únicamente alrededor del 5% del problema. Las pruebas más complejas que se basan en la presencia de anticuerpos de la enfermedad son mucho más precisas, pero también mucho más costosas.

⁴ David Kershenobich et al, "Applying a system approach to forecast the total hepatitis C virus infected population size: model validation using US data", *Liver International*, 2011.

Dentro de la UE únicamente en los Países Bajos se cuenta con información adecuada sobre la hepatitis B y la hepatitis C, mientras que en 16 países de la UE la información es escasa o directamente inexistente.

El largo período de latencia relativa del VHC se suma a la imprecisión de los datos, ya que a veces aparece un legado desafortunado e insospechado como resultado de actividades no consideradas. Por ejemplo, en el sur de Italia la prevalencia del virus alcanza los valores más altos de Europa, en parte debido a que en décadas pasadas las enfermeras de la región con frecuencia reutilizaban jeringas sin esterilizar. En algunos lugares específicos de la región la prevalencia entre personas mayores de 60 años asciende al 33%, pero entre los menores de 30 años es de apenas 1,3%. Ivan Gardini, presidente de la Asociación Italiana de Pacientes Hepáticos, explica: “Estos problemas terminaron hace muchos años, pero han dejado su marca en los niveles de enfermedades hepáticas avanzadas, en muchos casos todavía no diagnosticadas.”

Sin embargo, el problema más importante en relación con la información reside en que son muy pocos los países que han intentado conseguir aunque sea la información más básica sobre prevalencia. La Alianza Mundial contra la Hepatitis, la cual publica un World Hepatitis Atlas, encontró que dentro de la Unión Europea únicamente en los Países Bajos se cuenta con información adecuada acerca de la hepatitis B y de la hepatitis C, mientras que en 16 países de la UE la información es muy poca o inexistente. La situación es peor en América Latina y en África. En la región de Asia-Pacífico el cuadro es más variado: China, Australia e India cuentan con datos razonables, pero no es así en el caso de la mayoría de los países pequeños. Según Jack Wallace, miembro ejecutivo de la Coalición para la Erradicación de la Hepatitis Viral en Asia y el Pacífico (CEVHAP, por sus siglas en inglés): “En Asia hay países donde ni siquiera se cuenta con estimaciones acerca del número de la población portadora del virus.”

Buenas noticias y malas noticias

Frente a un grave problema médico de proporciones inciertas al menos hay algunas buenas noticias. Hay tratamientos para el VHC. Durante la última década, los tratamientos combinados que utilizan interferón y drogas nuevas mejoraron en forma constante la tasa de respuesta virológica sostenida (RVS) – o la cura – incluso para personas con el genotipo 1 (el más común en Europa y Norteamérica). Estos tratamientos ahora pueden curar la enfermedad en hasta el 80% de los casos, si bien esto depende de diversos factores, incluido el genotipo, en qué medida ha avanzado la enfermedad, cuánto tiempo después

del contagio se realiza el tratamiento y la existencia de cualquier enfermedad concomitante. Sin embargo, el tratamiento es costoso y a la vez complejo y resulta una opción mucho menos factible para muchas naciones en vías de desarrollo. Sin embargo, en países más ricos con sistemas de salud que cuentan con la experiencia y los recursos necesarios, las opciones terapéuticas actuales son eficaces en relación con los costos, aún para ser utilizadas en pacientes que presentan la probabilidad de volverse a contagiar y, en algunos casos, en aquellos con un grado avanzado de VHC.⁵ Más aún, si ponemos la mirada en el futuro, existen prometedores ensayos de drogas nuevas, menos difíciles de administrar, que en algunos casos se proponen alcanzar respuestas virológicas del 100%.

La mala noticia es que estas opciones terapéuticas no se usan con frecuencia, ni siquiera en los lugares donde los prestadores de servicios de salud lo pueden hacer. En relación con los Estados Unidos, el Dr. Ward dice: “Muchas personas con VHC, cuando no la mayoría, desconocen su condición de portadoras y no aprovechan ningún tipo de atención médica o de tratamiento que podría evitar que lleguen a etapas terminales.” En parte esto se debe a la falta de diagnóstico, pero un estudio del año 2005 realizado en Nottingham (RU) encontró que sobre un total de 256 personas con resultado positivo de anticuerpos VHC, más del 20% ni siquiera fue informado del resultado, solamente el 25% fue objeto de la prueba de ARN del VHC para confirmar el diagnóstico y apenas el 10% recibió tratamiento.⁶ A largo plazo esto desembocará en costos económicos para los sistemas de salud ya que se deberán enfrentar tratamientos costosos para la enfermedad hepática crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular.

Es de suponer que esto también generará una carga económica más amplia en función del tiempo improductivo en años, tanto para empleados como para empleadores, si bien la escasez de datos hace difícil cualquier estimación. Un estudio del año 2010 que se desarrolló sobre la base de los registros de empleo en los Estados Unidos, determinó que el costo de licencias por enfermedad y la menor productividad por cada empleado contagiado con el VHC ascendía a US\$ 8.352 por año, indicación de que el VHC comienza a hacerle pagar un costo a la población económicamente activa antes de entrar en la etapa terminal.⁷

⁵ J Shepherd, “Interferon alpha (pegylated and non-pegylated) and ribavirin for the treatment of mild chronic hepatitis C: a systematic review and economic evaluation”, *Health Technology Assessment*, 2007; Natasha K Martin et al, “Cost-Effectiveness of Hepatitis C Virus Antiviral Treatment for Injection Drug User Populations”, *Hepatology* 2012.

⁶ W Irving et al, “Clinical pathways for patients with newly diagnosed hepatitis C – What actually happens”, *Journal of Viral Hepatitis*, 2006.

⁷ Jun Su et al, “The Impact of Hepatitis C Virus Infection on Work Absence, Productivity, and Healthcare Benefit Costs”, *Hepatology*, 2010.

Estudio de caso

El VHC en el mundo en vías de desarrollo: Un acercamiento a Egipto

La dimensión del problema del VHC en Egipto es al menos cuatro veces superior a la de cualquier otro país. Cualquier cifra que oscile entre uno de cada diez y uno de cada cinco habitantes de este país con una población de 80 millones de habitantes representa el número de portadores involuntario del virus, el legado de un desastroso programa de salud pública lanzado en la década de 1950 para vacunar a la población contra el parásito que produce la esquistosomiasis, el cual se encuentra en las aguas de río. Estudios epidemiológicos recientes de comunidades individuales han demostrado un nexo cercano entre la llegada de la vacuna – presumiblemente en jeringas no esterilizadas – y la subsiguiente llegada del VHC.

Si bien Egipto en este momento cuenta con el mayor programa del mundo para el tratamiento del VHC – y en octubre de 2012 introdujo el registro de pacientes de VHC, el cual se convertirá en el registro más integral del mundo en su tipo – todos los años se producen al menos 500.000 nuevos contagios del VHC. Para F De Wolfe Miller, profesor de epidemiología de la Universidad

de Hawaii, y experto en la salud pública egipcia y la pandemia del VHC, la difusión de la enfermedad no es “ni más ni menos que un escándalo.” De Wolfe Miller piensa que los efectos de la campaña contra la esquistosomiasis son mucho menos significativos que las actitudes de los profesionales de la salud, al explicar los niveles de registro constantes del contagio. “Esta enfermedad se sigue propagando continuamente como resultado de la mala atención médica,” dice. “En casi todas las farmacias, los consultorios médicos y odontológicos de este país es necesario empezar a hacer las cosas bien.”

El profesor Miller agrega: “Egipto tiene uno de los sistemas de educación médica más antiguos y más grandes del mundo. Todos han escuchado hablar de Semmelweis, el médico húngaro que descubrió que el lavado de manos reduce la mortalidad, pero no parecen haber entendido la asociación. Si no se tiene en cuenta ese mensaje, va a pasar mucho tiempo para que algo empiece a cambiar aquí.”

“

Esta enfermedad se sigue propagando en forma continua a causa de la atención médica deficiente.

”

*F De Wolfe Miller,
profesor of
epidemiología de la
Universidad de Hawaii*

Estudio de caso

El VHC en el mundo en vías de desarrollo: Acercamiento a América Latina

La magnitud de la presencia del VHC en América Latina recién se empieza a conocer ahora. Se cree que llegó a la región durante la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, en países tales como Chile, Brasil, Argentina y México, los expertos insisten en que la propagación no tiene tanto que ver con la falta de higiene en el sistema de salud y guarda más relación con el uso callejero no higiénico de drogas inyectables y el sexo sin protección con múltiples parejas.

Luis Gerardo Castellanos, asesor principal para la prevención y el control de enfermedades infecciosas de la Organización Panamericana de la Salud de las Naciones Unidas, admite que todavía es difícil contar con información confiable sobre el VHC, particularmente cuando se buscan datos de los países. La mayoría de los países de la región comenzó a implantar políticas de prevención y control únicamente después de que la OMS reconoció la hepatitis viral (incluido el VHC) como un problema importante de salud pública en el año 2010. Países tales como Argentina, Brasil y Cuba han desarrollado exitosamente estrategias integrales para la prevención y el control de las hepatitis A, B y C.

En Brasil, por ejemplo, hay una prueba disponible para todas las personas que lo deseen y se ofrece tratamiento con medicamentos para el VHC en caso de ser necesario. El Dr Castellanos reconoce que la adopción de esta práctica ha sido relativamente lenta, si bien constante, y desde que comenzó el programa en el año 2009 se detectan aproximadamente 12.000 casos al año. Con una población aproximada del orden de 200 millones y por tratarse de un tratamiento con medicamentos costosos, actualmente no resulta claro cuántos de los afectados podrán recibirlo, aun cuando los ingresos de Brasil crezcan rápidamente.

Según el Dr. Castellanos, en otros lugares el cuadro es aún menos prometedor. “La mayoría de los países de nuestra región hasta ahora no había estructurado programas para el tratamiento de los pacientes con el VHC. La incidencia sigue creciendo porque no hay una vacuna y aún cuando algunos de los casos se pudieran curar, el acceso al tratamiento generalmente es muy deficiente.”

2

Las barreras para enfrentar el VHC

“

La hepatitis C todavía es en gran medida una enfermedad emergente, no reconocida, y quedan aspectos de la misma que no se comprenden totalmente.”

”

Marita van de Laar, jefa del programa de Información Técnica y Científica, VIH/SIDA y virus de transmisión sanguínea del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades

Parte del problema para enfrentar el desafío del VHC es la relativa novedad de la enfermedad: Es necesario que transcurra cierto tiempo para que la ciencia médica comprenda y desarrolle tratamientos para una afección nueva, para que los sistemas de salud se ajusten y el público en general se concientice respecto del peligro. La dificultad es al menos tan importante como para que, por diversas razones y para muchos interesados, cuando se trata de la pandemia silenciosa, con frecuencia resulte más sencillo “y mucho más fácil negar la existencia del problema”, para citar las propias palabras del Sr. Wallace de la Coalición para la Erradicación de la Hepatitis Viral en Asia y el Pacífico (CEVHAP, por sus siglas en inglés).

Aún queda mucho por aprender

A pesar del definitivo progreso alcanzado, Marita van de Laar, jefa del programa de Información Técnica y Científica, VIH/SIDA y virus de transmisión sanguínea del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (EDCD, por sus siglas en inglés), observa lo siguiente: “La hepatitis C todavía es en gran medida una enfermedad emergente, no reconocida, y quedan aspectos de la misma que no se comprenden totalmente.” Después de todo, no se la descubrió hasta 1989, no se contó con una prueba de detección hasta 1991 y recién en 2012 un equipo anunció que podía explicar exactamente cómo el virus emplea el hígado para replicarse. Todavía no resulta claro cuáles son los elementos básicos de la biología y las cuestiones cruciales relativas a la enfermedad, tales como por qué algunos pacientes llegan a una etapa terminal y otros no desarrollan la forma crónica del VHC en absoluto.

El desarrollo de una especialidad farmacéutica también requiere tiempo, habitualmente al menos una década, para pasar desde la identificación de una molécula prometedora hasta la aprobación de la droga. La relativa novedad de los tratamientos

con niveles de éxito razonables aunque imperfectos ayuda a explicar por qué los profesionales médicos han comenzado a reaccionar ante la enfermedad hace tan poco tiempo, según el profesor Walter Ricciardi, presidente de la Asociación Europea de Salud Pública. A medida que mejoren las tasas de cura es probable que continúe esta tendencia.

Mientras tanto, los sistemas de salud se modifican con notable lentitud y los profesionales de la salud con frecuencia carecen de la habilidad para tratar, o a veces incluso hasta para reconocer el VHC. Una revisión bibliográfica del año 2010 del Instituto de Medicina de los Estados Unidos encontró que “el conocimiento acerca de la hepatitis C por parte de los prestadores de salud parece ser insuficiente”, y cita un estudio en el cual el 31% de los médicos de cabecera no tenía certeza de qué hacer en caso de que el resultado del análisis fuese positivo o si debían derivar el paciente a otro médico. Se necesita tiempo para que los conocimientos actualizados que actualmente se imparten en las facultades de medicina circulen por todo el sistema: La revisión determinó que los médicos con más de 20 años de experiencia eran los peor informados y que los que llevaban menos de cinco años de profesión eran los que evidenciaban la mayor comprensión.⁸

No existe razón alguna para pensar que la situación en los Estados Unidos es excepcional en este sentido. El Sr. Gore de la Alianza Mundial contra la Hepatitis, al hacer referencia a Gran Bretaña, cita la falta de conocimiento entre los médicos de atención primaria como si fuese tal vez el mayor problema para enfrentar el VHC. “El caso de los médicos clínicos reviste importancia crítica,” dice, “pero hay infinidad de relatos sobre gente que recurre a los mismos durante años para que los examinen por todo tipo de cosas.” Los prestadores de atención médica primaria no están en situación de pasarles el problema a los expertos. Tanto los entrevistados de Australia como los de

⁸ Heather Colvin and Abigail Mitchell, eds, *Hepatitis and Liver Cancer: A National Strategy for Prevention and Control of Hepatitis B and C*, 2010.

Alemania y los Estados Unidos, todos mencionan la falta de especialistas capacitados que puedan administrar los tratamientos.

Mientras los profesionales de la salud todavía están ‘aprendiendo los gajes del oficio’, los no especialistas a veces incluso confunden y mezclan el VHC con otras formas de hepatitis. Tanto la Dra. Briand como el profesor Ricciardi señalan que el éxito contra la hepatitis B en la década de 1990 puede llevar a una actitud de complacencia por parte de algunos de los responsables de elaborar las políticas en relación con el VHC. Esto también es un problema para el público en general, agrega María Prins del Servicio de Salud Pública de Amsterdam y profesora de salud pública y la epidemiología de las enfermedades infecciosas en el Centro Médico Académico de Amsterdam: “La gente confunde las hepatitis A, B, C y D. Piensan que están vacunados contra el VHC cuando eso no es posible.”

Por cierto, la información básica acerca del VHC todavía tiene que llegar al público en forma masiva. El Dr. Ward de los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) describe “la falta general de conocimiento y preocupación acerca de la infección.” Una encuesta realizada por Hepatitis Australia en 2011 encontró que únicamente el 20% del público pensaba que el VHC podría causar cáncer. De manera similar, una encuesta realizada por la Asociación Europea de Pacientes Hepáticos encontró que únicamente el 20% de las personas con diagnóstico de hepatitis B o C había escuchado hablar de la enfermedad antes. Tal como lo indica el Sr. Wallace, la pandemia silenciosa simplemente no llama “la atención como una infección” en la forma en que podría suceder con otras enfermedades, lo cual hace que sea menos probable conseguir cobertura de prensa.

Apostando distintas probabilidades en un juego peligroso

La novedad puede explicar la falta de conocimiento y concientización que rodea al VHC, pero resulta menos útil para entender por qué, una vez diagnosticados algunos pacientes, son tan pocos los que reciben tratamiento. Aquí, dice la Dra. Ruth Bastable, médica clínica británica especializada en el suministro de atención médica a personas sin techo, “en todos los niveles posibles dentro del sistema, hay una barrera.”

La primera está en la opción terapéutica actual disponible. El tratamiento es complejo – implica una

combinación de inyecciones y pastillas en momentos diferentes – y puede inducir significativos efectos secundarios, tanto físicos como psicológicos. Esto aumenta el nivel de pericia necesario para administrar y monitorear el tratamiento. También hace que el tratamiento inmediato sea menos atractivo para los pacientes. “No es algo que uno acepte”, dice el señor Wallace.

La otra dificultad que presentan las opciones terapéuticas actuales es el costo. Sin bien son eficaces, exigen un desembolso inicial significativo a cambio de beneficios que tal vez no se vean por décadas – o que no se vean en absoluto en los casos en los cuales no se llegan a desarrollar las condiciones de la etapa terminal. El costo exacto depende de diversos factores, pero coloca el tratamiento fuera del alcance de los sistemas de salud de muchos países en vías de desarrollo, independientemente de los beneficios a más largo plazo. Según el Dr. Ward, aún en las sociedades más ricas “es necesario tener en cuenta el costo”, especialmente al enfrentar la necesidad potencial de tratar a millones de pacientes.

Irónicamente, en el caso de los pacientes en particular, la velocidad de los desarrollos científicos también contribuye con la demora. Tal como señala el Sr. Kautz de Deutsche Leberhilfe: “Un gran número de pacientes sigue esperando para que haya una pastilla que se tome una vez al día durante un mes sin efectos secundarios.” Estos pacientes corren un riesgo calculado basándose en las noticias que informan acerca de las próximas especialidades farmacéuticas y se preocupan por las actuales y sin embargo, el tiempo pasa hasta que se desarrollan complicaciones graves.

A los representantes de los grupos de pacientes también les preocupa que el costo y la imposibilidad de determinar quiénes desarrollarán complicaciones esten haciendo que se limite el uso de la medicación. El Dr. Gardini destaca que, en Italia, la atención se demora para quienes se considera que tienen un menor riesgo de cirrosis o de cáncer hepático a causa de los recursos limitados. Agrega que hay pruebas de que algunos doctores les piden a los pacientes que presentan menores riesgos que esperen hasta que se cuente con mejores opciones terapéuticas y con menos efectos secundarios, lo cual, en opinión de estos médicos, es probable que suceda pronto. Si este tipo de “espera” de los pacientes ha tenido lugar, no sería la primera vez. El señor Kautz recuerda que fue necesario hacer campaña durante ocho años para que las pautas alemanas se modificaran de manera

“

Un gran número de pacientes sigue esperando para que haya una pastilla que se tome una vez al día durante un mes sin efectos secundarios.

”

Achim Kautz, gerente de Deutsche Leberhilfe

Hay alrededor de 16 millones de UDI en el mundo y el 63% de los mismos tiene el VHC

“

Los sistemas de salud con frecuencia son los que más discriminan a las personas que consideran tramposas.

”

*Charles Gore,
presidente de la
Alianza Mundial
contra la Hepatitis*

⁹ Paul Nelson *et al*, “Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews”, *The Lancet*, Agosto de 2011.

que a los pacientes de VHC que deseaban realizar tratamiento no se les negara acceso al mismo porque sus médicos pensaban que todavía no hacía falta.

Esta forma de pensar representa un juego de apuestas altas. El tratamiento actual funciona mejor en las etapas iniciales de la enfermedad. La estrategia también demuestra poca visión en cuanto al fundamento económico. Tal como manifiesta el Dr. Gardini respecto de Italia: “El país tiene un gran número de personas con VHC – con o sin diagnóstico – y, en consecuencia, los costos asociados con la detección y el tratamiento para todos resulta supuestamente insostenible. Pero los costos clínicos y sociales asociados con la enfermedad serán aún más altos si los pacientes no son objeto de diagnóstico y no reciben tratamiento.”

No ver el mal

Aunque es lamentable, si las barreras descritas hasta ahora fuesen las únicas, probablemente desaparecerían con el tiempo. El conocimiento se difunde y los costos se reducen, ya sea como resultado de descubrimientos adicionales o por desaparición de las patentes. Un conjunto de problemas más difíciles surge de la percepción que se tiene acerca de la enfermedad. Si bien en la mayoría de los países en vías de desarrollo la ruta principal por la cual se propaga la enfermedad sigue siendo el sistema médico, en el mundo desarrollado se ha encarado este tema ampliamente a través de la prevención eficaz. En estos países, en cambio, la transmisión del VHC ahora tiende a producirse en su mayor parte entre grupos sociales marginales, especialmente los usuarios de drogas inyectables (UDI). Con frecuencia estas personas tienen relaciones difíciles con los prestadores de salud y su vínculo con la enfermedad también ha agregado un estigma al VHC, lo cual obstaculiza las diversas medidas que se toman para avanzar contra el mismo.

Los usuarios de drogas inyectables que comparten agujas enfrentan un riesgo enorme, pero algunos que comparten parafernalia al aspirar drogas en forma nasal también resultan susceptibles al contagio. En el año 2011 *The Lancet*, una publicación médica, calculó que alrededor del 63% del total de usuarios de drogas inyectables, que suman aproximadamente 16 millones en todo el mundo, tiene el VHC. También llegó a la conclusión de que en 25 países la prevalencia del VHC entre usuarios de drogas inyectables se encontraba entre 60% y 80%, y que alcanzaba 80% en otros 12 países. En el caso de Europa, las tasas más altas se

daban en los Países Bajos (86%), Portugal (83%), Italia (81%) y España (80%).⁹

Este nexo entre el uso de drogas y la transmisión del VHC complica los esfuerzos que se realizan para tratar la enfermedad de diversos modos. Si bien los UDI no son un grupo monolítico, estadísticamente presentan una mayor probabilidad que la población promedio de no tener dónde vivir o de habitar en viviendas precarias, su estado físico o psicológico es diferente y se encuentran en una peor situación económica. Además, tal como manifiesta el señor Kautz, “no es habitual que una persona que se droga se preocupe por su salud.”

Estas personas sencillamente no desean saber si se han contagiado o, si lo saben, no quieren hacer nada al respecto. El consultorio de la Dra. Bastable ofrece análisis de VHC con regularidad a cualquier persona que pertenezca a un grupo de alto riesgo. Sin embargo, teniendo en cuenta el número de UDI que figuran en su registro, esta profesional calcula que debe haber aproximadamente un 50% más de casos identificados entre los mismos. Las condiciones de vida y el estado físico general de los UDI también hacen que se trate de pacientes imperfectos para opciones terapéuticas que son físicamente exigentes y complejas. La Dra. Bastable explica que el 40% de sus pacientes tiene problemas psiquiátricos y el tratamiento también puede resultar psicológicamente desestabilizante. Informa que en su consultorio, a diferencia del 10% que recibe tratamiento en Nottingham al cual se hizo referencia antes, donde aquéllos que tienen anticuerpos VHC son en gran medida UDI, únicamente alrededor del 1% recibe tratamiento. Saroj Nazareth, una enfermera profesional que se desempeña en el Servicio de Hepatología de Australia Occidental, agrega que su programa especializado en VHC termina proporcionando tratamiento a un número relativamente bajo de UDI porque es necesario que los pacientes estén predispuestos y en condiciones de cumplir con el régimen terapéutico.

Para empeorar las cosas, los UDI y los profesionales de salud con frecuencia albergan sentimientos de desconfianza entre sí. Según el señor Gore, “Los sistemas de salud con frecuencia son los que más discriminan a las personas que consideran tramposas.” La forma en la cual funciona el sistema también puede “quitarle las ganas a las personas. Tienen que acudir a nosotros, viajar 50 millas y no les gusta la

forma en la cual los tratamos la última vez,” agrega. En consecuencia, con frecuencia los UDI no están dispuestos a comprometerse con el tratamiento en absoluto, especialmente según los términos del sistema de salud. La Srta. Prins piensa que la pieza clave de la investigación necesaria en los esfuerzos para combatir el VHC reside en definir modelos de atención integrados para tales pacientes que sean eficaces en función de la aceptación y el resultado.

Otro impedimento importante para encarar el VHC que surge de su conexión con el uso de drogas es el innegable estigma que esto se añade a la afección. Explica el señor Kautz: “Si se padece una enfermedad hepática, el público en general piensa que uno es culpable. Uno no tuvo cuidado en el pasado.” Este factor tiene implicaciones en el ámbito gubernamental. El señor Kautz ha verificado que “a veces es mejor insertar actividades relacionadas con

la hepatitis C en los programas existentes. Algunos políticos se sienten más cómodos con esa opción.” Sin embargo, las dificultades alcanzan incluso a los propios pacientes, incluidos los que no son UDI. El señor Gore explica que en el caso de las personas que anteriormente fueron usuarios de drogas, esto “puede ser parte de una época de su vida que no quieren volver a visitar”. Además, aun si las personas no se contagian el VHC de esa forma pero piensan que es una afección muy estigmatizada de los usuarios de drogas es probable que no quieran someterse a un análisis.”

Estas actitudes son particularmente problemáticas porque, si bien es fácil identificar comportamientos con alto riesgo de transmisión, como el plazo para que se desarrollen las complicaciones es tan prolongado, puede suceder que la identificación en realidad no contribuya tanto para predecir dónde aparecerán los peores problemas de salud.



3

Encontrar el camino para avanzar

“

Los países necesitan un enfoque sistemático. Uno está en presencia del virus, cuenta con el médico y el sistema de salud. Si uno encara solamente uno de los aspectos que hacen al tema, es improbable que tenga éxito

”

Dra. Sylvie Briand, coordinadora de la unidad de Gripe, Enfermedades Respiratorias, Hepatitis y PIP de la Organización Mundial de la Salud

La presentación de una única y detallada solución para el VHC, en la práctica sería de poca utilidad. Tal como declara el señor Wallace de la Coalición para la Erradicación de la Hepatitis Viral en Asia y el Pacífico (CEVHAP, por sus siglas en inglés): “Vivimos con múltiples epidemias, las cuales son distintas en los distintos países.” Las principales rutas de transmisión, los recursos disponibles e incluso los genotipos de las enfermedades varían. Más que suministrar una receta fácil, esta sección se referirá a las áreas que deben tener en cuenta los responsables de elaborar las políticas y se ilustrarán las iniciativas específicas que han tenido más amplia resonancia.

El punto de partida universal es que el VHC no desaparecerá por sí solo. “Los países necesitan un enfoque sistemático”, dice la Dra. Briand de la OMS. “Uno está en presencia del virus, cuenta con el médico y el sistema de salud. Si únicamente se encara uno de los aspectos [que hacen al tema], es improbable que se tenga éxito”.

El *Marco para la Acción Global* recientemente publicado por la OMS en relación con la hepatitis viral, si bien se ha diseñado como estrategia global, suministra una descripción útil de algunas de las áreas específicas que ese enfoque integral debe abarcar: Obtener datos para una política basada en pruebas, aumentar la concientización y crear asociaciones, prevención, atención y tratamiento.

Atravesar la niebla

La Dra. Van de Laar del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) describe la falta de datos epidemiológicos adecuados acerca del VHC, aún en los países desarrollados, como un desafío de la mayor importancia: “Sin información epidemiológica precisa es difícil planificar y monitorear los servicios con eficacia.” En consecuencia, el ECDC ha presentado un sistema mejorado de vigilancia en relación con el VHC

y a principios del año 2013 publicará el primer informe completo, el cual incluirá los resultados europeos comparables. El primer paso esencial para tratar el problema reside en comprender el alcance del mismo.

En los Estados Unidos las medidas se están orientando hacia un rumbo ligeramente diferente, el cual, si bien es más oneroso, resulta de utilidad clínica directa. Al igual que en muchos países, originalmente en los Estados Unidos se había adoptado un enfoque basado en el riesgo para detectar el VHC. Sin embargo, la carga cada vez mayor de la enfermedad hizo que se objetara esta política. El Dr. Ward explica que especialmente en el caso de la generación nacida entre 1945 y 1965 (los nacidos inmediatamente después de la segunda guerra mundial) que se contagió a través del sistema médico antes de la década de 1990, la estrategia basada en el riesgo sencillamente no funcionaba. Muchos se contagiaron tanto tiempo atrás que es probable que ni siquiera recordaran alguna actividad relacionada cuando se les preguntara.

En consecuencia, en agosto de 2012 el Centro para el Control de Enfermedades recomendó que todos los estadounidenses nacidos entre 1945 y 1965 se realizaran el análisis una vez. Este grupo representa el 82% de todos los contagios de VHC de Estados Unidos. La amplia adopción de esta recomendación y el tratamiento adecuado cuando se detecte la enfermedad, aliviarían gran parte de la carga de enfermedad que representa el VHC. El CDC también estima que a largo plazo este enfoque sería beneficioso en relación con los costos.

Un enfoque de este tipo podría no ser el mejor para todos los países. El Dr. Ward observa: “Es necesario observar los datos que brindan el perfil del problema en el país. Observamos la información epidemiológica, la capacidad de laboratorio, la estrategia, lo que estábamos haciendo en otros lugares. Quedó claro que esto representa un valor adecuado a la luz de los

beneficios.” Los otros países lo están teniendo en cuenta. Las autoridades de salud pública de Canadá, país que se caracteriza por un perfil demográfico similar, están planificando realizar una revisión de la estrategia referida al VHC en marzo de 2013.

El Dr. Ward agrega que la nueva recomendación ha tenido efectos positivos más allá de la detección. La cobertura en los medios ha sido amplia y positiva. Más aún, la revisión de políticas ha permitido que esta organización interactúe con las principales asociaciones profesionales, “de manera tal que los funcionarios de salud pública y los profesionales médicos puedan trabajar juntos para desarrollar modelos de atención que tengan sentido.” Dicho esto, el Dr. Ward advierte que la mera formulación de una recomendación no produce ningún cambio por sí sola: “No se trata solamente de elaborar la política y retirarse. Es necesario ocuparse de su aplicación en forma ordenada.”

Aumentar la concientización pública (y política)

En 2010 una resolución de la OMS designó el 28 de julio como el Día Mundial de la Hepatitis “con la finalidad de brindar la oportunidad de que se suministre educación y se alcance una mejor comprensión de la hepatitis viral como problema de salud pública mundial y para estimular el fortalecimiento de medidas preventivas y de control de esta enfermedad.”

Estas resoluciones no se toman a la ligera. La hepatitis es una de las únicas cuatro enfermedades para las cuales la OMS ha establecido un “día” – junto con la malaria, la tuberculosis y el VIH – si bien la Asamblea General de las Naciones Unidas también declaró el Día Mundial de la Diabetes. Sin embargo, ¿en qué medida el establecimiento de tales días contribuye al logro de las metas fijadas en relación con los mismos?

El señor Gore de la Alianza Mundial contra la Hepatitis piensa que las iniciativas tales como el establecimiento del Día Mundial de la Hepatitis revisten importancia crítica, si bien en su opinión hay países en los cuales quienes llevan adelante la campaña no las utilizan adecuadamente. La finalidad principal no reside simplemente en concientizar. “En gran medida pienso que son formas de comprometer a los gobiernos,” dice. “Lograr que los países hagan algo es difícil y realmente creo que éste es un buen punto alrededor del cual concentrar los esfuerzos. Uno puede decir ‘ustedes se han comprometido con

esto’. De lo que se trata es de ejercer presión.” Otros activistas están de acuerdo con esto. El señor Kautz de Deutsche Leberhilfe declara que el día resulta “útil para abrir puertas.” Desde la perspectiva de la salud pública, el profesor Ricciardi de la Asociación Europea de Salud Pública se refiere a los esfuerzos realizados por los activistas en tales ocasiones y los considera “importantes, particularmente en épocas de crisis financiera.” Es necesario decidir cómo se asignarán los recursos. El hecho de que los responsables de elaborar las políticas estén al tanto de que se trata de un problema importante resulta de gran ayuda.”

Prevención: Más saludable que el tratamiento

Es necesario que la prevención sea un componente básico de cualquier estrategia relacionada con el VHC. Su eficacia potencial es significativa. Si bien la incidencia del VHC antes de que se descubriera el virus no se pudo medir, a través del análisis de datos estadounidenses se pudieron derivar cifras aproximadas para la década de 1980. Se descubrió que la incidencia cayó aproximadamente el 85% después de que el suministro de sangre se comenzara a analizar a principios de la década de 1990. De manera similar, los estudios realizados a partir de la mitad de esa década muestran que, después de 1991, la incidencia del VHC en los pacientes europeos que recibieron transfusiones de sangre cayó por debajo del 1%.¹⁰

Las estrategias de prevención no son perfectas en los países desarrollados: El Dr. Ward informa que en la última década Estados Unidos ha visto 32 brotes epidémicos relacionados con las prácticas ineficientes para el control del contagio. En Europa, mientras tanto, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades informa que, en el año 2010, Luxemburgo y Liechtenstein todavía no realizaban el análisis para la detección de VHC en donantes de sangre o de órganos.

Sin embargo, el tema es particularmente importante para el mundo en vías de desarrollo donde, según observa el Dr. Ward, en muchos países las prácticas inseguras de salud son la causa más común de la enfermedad. Estos problemas superan los esfuerzos destinados a encarar la enfermedad. El señor Gore señala: “En Egipto se están tratando decenas de miles de personas, pero se pueden llegar a producir más de cien mil nuevos contagios al año. Esto es excelente para los pacientes que reciben tratamiento, pero, desde el punto de vista de la salud pública, se está

En la última década Estados Unidos ha visto 32 brotes epidémicos relacionados con las prácticas ineficientes para el control del contagio.

¹⁰ I Williams, “Epidemiology of hepatitis C in the US”, *American Journal of Medicine*, 1999; S Touzet et al, “Epidemiology of hepatitis C virus infection in seven European Union countries: a critical analysis of the literature”, *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2000.

yendo por el camino equivocado. Necesitan reforzar la seguridad hematológica y la reutilización del equipo.”

La prevención también es un área en la cual los gobiernos carentes de dinero pueden tomar medidas eficaces. La Dra. Briand explica: “Hay cosas que se pueden hacer que no son onerosas. Les estamos diciendo a los gobiernos que, si no pueden tratar a las personas porque es muy costoso, sin embargo si pueden hacer algo para reducir las transmisiones.” El paso más obvio consiste en mejorar la capacitación y el cumplimiento de los trabajadores de la salud, además de introducir políticas más estrictas respecto de la reutilización de los insumos médicos. La utilización de jeringas autodescartables, por ejemplo, que no se pueden emplear más de una vez, es eficaz, aun cuando resulten más costosas que las agujas tradicionales. El análisis de las donaciones de sangre es un caso más difícil, porque las pruebas necesarias son relativamente costosas. Aun así, sin embargo, al menos dentro de algunos contextos del mundo en vías de desarrollo, el análisis para la detección del VHC vale la pena. Por cierto resulta mucho más económico que el tratamiento, el cual en algunos países sencillamente no se puede solventar.

La prevención primaria, sin embargo, no es el único tipo de prevención. Las opciones terapéuticas actuales no tienen eficacia universal. Sin bien existe la esperanza de que las cosas mejoren, una significativa minoría de personas contagiadas todavía tiene que aprender a vivir con la afección durante un tiempo indeterminado tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en vías de desarrollo. La Srta. Nazareth del Servicio de Hepatología de Australia Occidental señala que es importante que estos pacientes se integren a un plan de gestión de la enfermedad hepática crónica. Esto no se refiere tanto a la medicación como a la información sobre opciones de estilo de vida. También permite que estos pacientes se mantengan en contacto con los prestadores de salud a medida que se desarrollan tratamientos nuevos.

El impacto puede ser dramático. Aún una ingesta baja de alcohol aumenta la probabilidad de que los pacientes con VHC desarrollen cirrosis o carcinoma hepatocelular y el uso elevado de alcohol aumenta esos riesgos más del doble. Este factor también desencadena esas afecciones con una celeridad mucho mayor que la normal. Un estudio escocés reciente estimó que más de un tercio de los casos de cirrosis entre pacientes de VHC era atribuible al hecho de

haber sido bebedores en alguna etapa de su vida.¹¹ Al ser el exceso de alcohol un hallazgo habitual entre los pacientes de VHC, tan sólo el cambio de comportamiento podría contribuir mucho a reducir la carga de la enfermedad, aun cuando de ninguna manera esto significara una solución.

Llegar a los pacientes y atenderlos allí donde estén

Si los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo tienen que enfrentar debilidades en el control de las infecciones, los de los países desarrollados tienen que encarar sus antecedentes deficientes a la hora de encontrar y tratar a los pacientes de VHC, especialmente en el caso de los usuarios de drogas inyectables actuales o de los que lo fueron. Para hacerlo es necesario contar tanto con innovación como con dinero. El profesor Ricciardi explica: “Los servicios de atención de la salud tienden a esperar a que los pacientes recurran a ellos. En el caso de los pacientes que muestran un comportamiento de alto riesgo, son los servicios los que deben dirigirse a ellos. Necesitamos encontrar nuevas formas de interactuar.” La Dra. Bastable, médica clínica británica con amplia experiencia en el área, agrega: “Lo que no funciona es simplemente darle a los pacientes una cita. Es necesario gestionar la hepatitis C en el contexto de una persona que necesita un enfoque integrado a través de múltiples organismos.”

En ese sentido hay dos iniciativas prometedoras que se dan en continentes diferentes.

En los Países Bajos, los investigadores organizaron un sitio Web, promovido a través de una campaña masiva en los medios, en el cual se suministró un cuestionario interactivo para identificar a las personas con riesgo de VHC. En el caso de las personas que se consideraban en riesgo, las mismas luego podían descargar una carta en la cual se les ofrecía un análisis de sangre sin cargo, anónimo, realizado en un entorno no clínico, destinado a detectar anticuerpos contra el VHC. Entre abril de 2007 y diciembre de 2008, durante la ejecución del proyecto, casi 10.000 personas completaron el cuestionario y 1.480 reunieron los requisitos para realizar el análisis, de los cuales el 28% aceptó someterse al mismo. A los que tuvieron resultado positivo en las pruebas luego se les ofreció la realización del análisis de ARN del VHC a los efectos de confirmar el diagnóstico y a las personas en las cuales se detectó VHC crónica se les ofreció tratamiento. Se consideró que el proyecto había sido

“

Lo que no funciona es simplemente darle a los pacientes una cita. Es necesario gestionar la hepatitis C en el contexto de una persona que necesita un enfoque integrado a través de múltiples organismos.

”

Dra. Ruth Bastable, GP, RU

¹¹ H A Innes *et al*, “Quantifying the fraction of cirrhosis attributable to alcohol among chronic HCV patients: Implications for treatment cost-effectiveness”, *Hepatology*, 2012.

muy exitoso por su bajo costo, por la elevada tasa de aceptación que tuvo una iniciativa de ese tipo y porque todas las personas recién identificadas como portadoras de VHC crónica provenían de poblaciones a las cuales es difícil llegar.

Freke Zuure, del Servicio de Salud Pública de Amsterdam, quien coordinó el esfuerzo de internet, dice que tiene varias ventajas específicas para el VHC más allá del bajo costo. En particular, a causa del estigma que conlleva la enfermedad, “es posible que la gente no se dé a conocer. La Web suministra una forma anónima de facilitar las pruebas y, como el cuestionario de evaluación del riesgo puede ser interactivo, permite proporcionar consejos personalizados. La Srta. Prins, quien también trabajó en el proyecto, agrega que internet es el lugar donde las personas ya consiguen información y consejos médicos, de manera que para ellas sería natural utilizar ese tipo de herramienta basada en la Web para el VHC. En consecuencia, el proyecto ofreció atención en un medio en el cual los potenciales pacientes ya se encontraban presentes y donde se sentían cómodos y de esta manera podían sortear el estigma.

En Australia Occidental, los profesionales de la salud están intentando tener acceso a poblaciones remotas y superar el estigma de una manera diferente. La superficie del estado equivale a la mitad de la superficie de Europa pero está escasamente poblado. Durante la última década se instituyó una estrategia amplia de prevención y tratamiento del VHC, la cual incluyó más clínicas ubicadas en zonas rurales además de una mayor capacitación de médicos clínicos y trabajo conjunto. Sin embargo, aún después de realizados estos cambios, los pacientes seguían enfrentando largas listas de espera para ver a los expertos.

En consecuencia, en 2005 el estado modificó la legislación a los efectos de crear el puesto de enfermero profesional de hepatología (HNP, por sus siglas en inglés) dentro del servicio de hepatología. A diferencia del enfermero tradicional, este profesional puede, dentro de estrictos protocolos clínicos, ordenar la realización de análisis, emitir diagnósticos, recetar medicamentos y derivar pacientes a otros profesionales médicos, además de monitorear el tratamiento y ajustarlo a la luz de algunos efectos secundarios. La srta. Nazareth, la primera enfermera

profesional de hepatología del estado, explica que la iniciativa ha modernizado la atención - un tema importante en el entorno de una población en la cual ver a un profesional de la salud puede implicar un viaje considerable. “Se suministra un lugar en el cual el paciente puede hacer todo, ser atendido y obtener la medicación. Es un sistema eficaz tanto en términos de tiempo como de costos, ya que no es necesario ver al especialista.” También proporciona mayor contacto con la población, especialmente con aquellas personas que valoran la discreción. El enfermero profesional de hepatología puede introducirse en la comunidad en lugar de confiar en que los pacientes se presentarán en las clínicas en lugares públicos, algo que es difícil para algunos teniendo en cuenta el estigma que conlleva el VHC.

Los resultados han sido positivos. Los tiempos de espera se han reducido y la atención más rápida de los efectos secundarios ha llevado a menos complicaciones al liberar a los especialistas para que se concentren en los casos más difíciles. Una encuesta de pacientes verificó que el 98% de los pacientes estaba satisfecho con el servicio de enfermeros profesionales de hepatología. Lo mejor de todo, dentro del año posterior a la creación de la función de enfermero profesional el número de pacientes que tuvo acceso al tratamiento se duplicó y pasó de 60 a 120 sin aumento del personal médico. Asimismo, el cambio que posibilitó un mayor uso de la medicina a distancia ha facilitado aún más el acceso a la atención médica de quienes viven en la mayoría de las áreas rurales. Desde la prueba piloto en Australia Occidental se contrató un segundo enfermero profesional de hepatología en ese lugar y, además, Queensland y New South Wales han creado ese puesto.

Si bien son diferentes en muchos aspectos, los ejemplos holandés y australiano demuestran los beneficios de encontrar nuevas formas para alcanzar poblaciones potencialmente reacias a interactuar con los servicios de salud tradicionales y de modernizar la atención médica con la concentración puesta en el paciente. Por sí solos, ninguno de los dos enfoques constituye una solución completa para lograr el compromiso de los pacientes con VHC, pero lo que sí hacen es mostrar el tipo de consideraciones que hace falta.

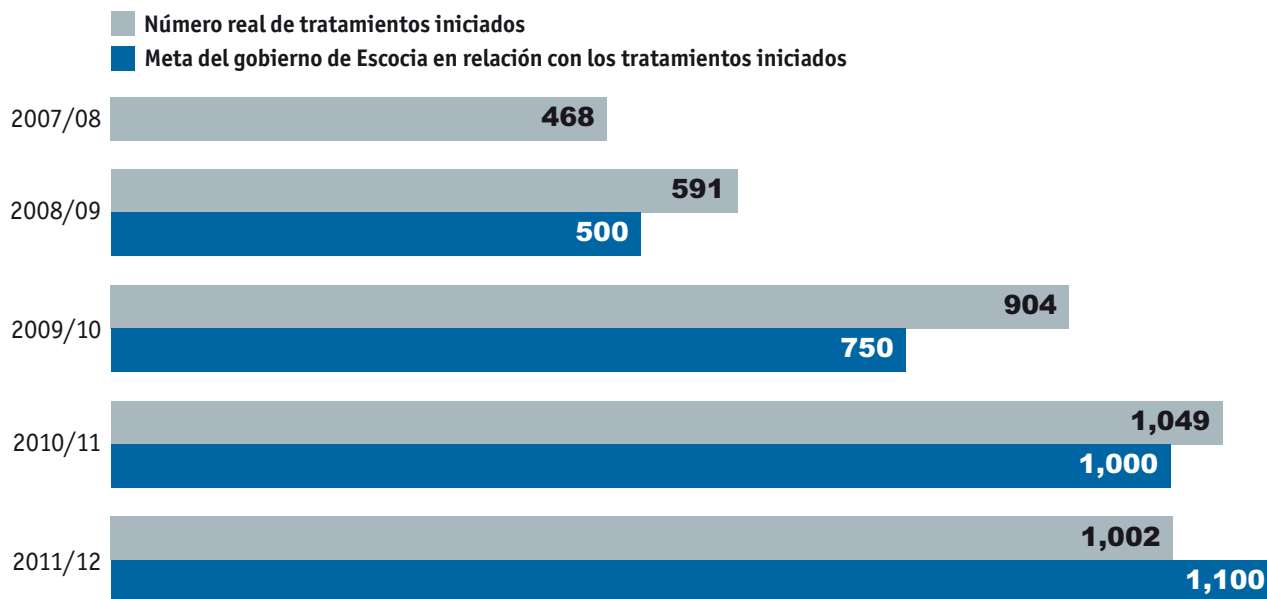
Estudio de caso

Reunir todos los elementos: El plan de acción escocés

Cuadro 3

Número real y meta del gobierno de Escocia de personas contagiadas que padecen la forma crónica de la enfermedad y que iniciaron el tratamiento antiviral contra la hepatitis C en Escocia durante los ejercicios económicos 2007/08 – 2011/12

(número)



Nota. Los datos referidos a 2011/12 son provisionales.

Fuente: Health Protection Scotland, con datos suministrados por los centros de tratamiento de la hepatitis C.

El Plan de Acción contra la Hepatitis C instrumentado por Escocia con frecuencia se cita como ejemplo líder de buenas prácticas. La fase activa del plan, la cual tuvo lugar de 2008 a 2011, logró un avance significativo (cuadro 3). Entre 2007 y 2010 el número de personas examinadas por los cuatro consejos de salud más grandes de Escocia pasó de 34.000 a aproximadamente 44.000. Mientras tanto, el número de diagnósticos se incrementó desde muy poco más de 1.500 en 2007 a más de 2.100 en 2011. Y lo que es más importante aún, el número de personas en tratamiento es más del doble y supera las metas del plan. La pequeña caída que se produjo entre 2011 y 2012 parece estar relacionada con un número de pacientes que espera la presentación de un tratamiento basado en un inhibidor de la proteasa, que las autoridades de salud escocesas prometen para el año 2013.

El núcleo del plan escocés reside en un enfoque integral y coordinado. El mismo abarcó iniciativas y metas que cubren el aumento de la concientización, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, además de la coordinación. Además de tener una red de prevención local, cada consejo de salud local tenía una red de tratamiento y atención local, o se había afiliado a una red de ese tipo. Estas redes fueron y siguen siendo responsables de la

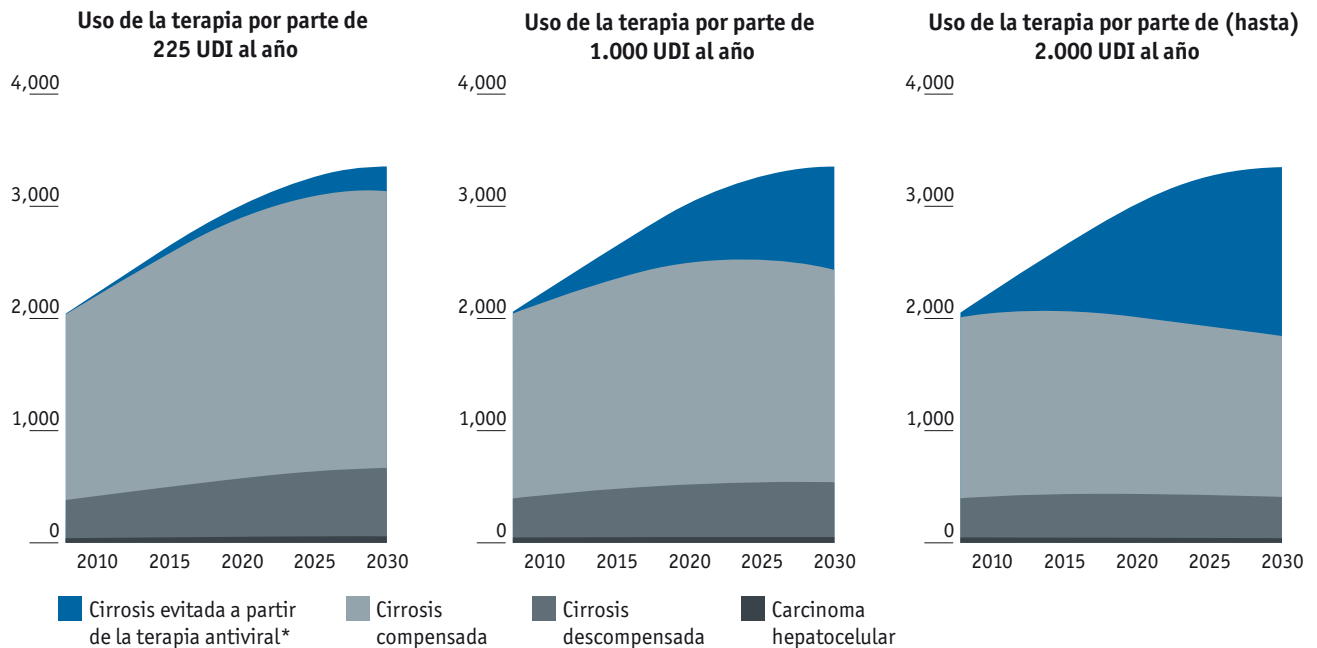
instrumentación de las políticas, pero también se han reunido en redes nacionales que comparten las mejores prácticas. El profesor David Goldberg, presidente del consejo de gobierno del Plan de Acción contra la Hepatitis C desde 2008 hasta 2011, señala que es relativamente inusual contar con un plan abarcador que integre tanto la prevención como el tratamiento.

El profesor Goldberg piensa que el lanzamiento del plan fue posible debido a la convergencia de un número de factores, incluidos el haber comprendido que, teniendo en cuenta los datos epidemiológicos, Escocia se enfrentaba a un problema superior a la media en relación con el VHC, la mayor concientización del público y los políticos impulsada por activistas eficaces, un buen liderazgo en materia clínica y de salud pública y la aparición de opciones terapéuticas adecuadas en relación con los costos aproximadamente a comienzos de la década.

El gobierno estaba interesado, pero antes de actuar necesitaba contar con una estrategia meditada a fondo. Esta solicitud resultó provechosa. Los interesados dedicaron el año y medio siguiente a reunir información nueva y a trabajar de diversas formas en la preparación de un programa detallado. Estos esfuerzos también

Cuadro 4

Número, según modelos matemáticos, de UDI que padecen cirrosis en Escocia, según diferentes tipos de uso de terapia antiviral contra el VHC, 2008-30 (número de UDI vivos con cirrosis)



* Excluye los casos evitados a partir de la terapia antiviral antes de 2008.
Fuente: Health Protection Scotland, 2009.

hicieron posible el desarrollo de vínculos con los interesados, lo cual resultó esencial para la posterior coordinación eficaz de las actividades.

Según el profesor Goldberg, las claves para el éxito se encuentran en haber contado anteriormente con el financiamiento adecuado – los interesados tuvieron poco tiempo para poner en práctica antes, con magros recursos, una estrategia contra el VHC – además de coordinación. Destaca lo siguiente: “Fue una tarea muy compleja, que abarcó el país en su totalidad, el espectro completo del servicio, incluido todo desde la educación de los niños en edad escolar hasta el suministro de tratamientos antivirales a las personas contagiadas con el VHC. Fue esencial contar con un enfoque coordinado.” (cuadro 4). En consecuencia, mientras la mayor parte de la financiación fue destinada a la prevención y el tratamiento, una proporción considerable se asignó a la coordinación y a la recopilación de más información para aportar mayores datos a la política. El profesor Goldberg añade que también fueron muy importantes la transparencia y la responsabilidad. El plan había incorporado metas claras, las cuales en general se alcanzaron.

Todavía queda mucho por hacer. Health Protection Scotland calcula que aproximadamente la mitad de las personas que padecen VHC siguen sin diagnosticar. Los esfuerzos para combatir la enfermedad, lejos de ser simplemente renovados en 2011, siguieron evolucionando. Actualmente se los está integrando al Marco de los Virus de Transmisión Sanguínea y la Salud Sexual, debajo del cual se enfocan en forma integral las hepatitis B y C además del VIH. Este tipo de enfoque tiene sentido estratégico a la luz de la superposición de las poblaciones en riesgo y del medio potencial de transmisión. Según el profesor Goldberg, las iniciativas para la prevención específica del VHC, incluidas la educación general y una nueva iniciativa de orientación entre pares para UDI, continuarán, y él y su equipo seguirán monitoreando la eficacia de las mismas. Mientras tanto, las redes nacionales que actualmente funcionan para el tratamiento y la prevención están desarrollando indicadores para medir la calidad de la atención del VHC. Quizá el legado más duradero del plan de acción sea el haber contribuido a lograr que la prevención y el tratamiento del VHC pasasen a formar parte de la línea central de la salud pública.

Conclusión

La epidemia silenciosa ya está empezando a hacer ruido y resonará cada vez más en los años por venir. Aún en los países desarrollados con una incidencia relativamente baja del VHC se enfrenta una ola de enfermedades hepáticas con un costo humano potencialmente enorme. Teniendo en cuenta el número de personas afectadas, el impacto económico probablemente también será significativo. Sin embargo, actualmente es difícil decir algo más concreto debido a los factores que obstaculizan los esfuerzos que se realizan para encarar el VHC, entre ellos la falta de conocimientos – en algunos casos básicos – acerca del virus y su prevalencia, las opciones problemáticas para su tratamiento, las dificultades para tratar a los UDI, y el estigma que conlleva la enfermedad, para no mencionar cuestiones más amplias, tales como el costo total que implica para la sociedad.

Cualesquiera fueren los obstáculos, los responsables de elaborar las políticas de salud no tienen otra opción que encarar la cuestión con mayor agresividad. Cada país enfrenta un conjunto de circunstancias diferentes, pero hay algunos elementos comunes en los cuales deberíamos pensar.

- **Adoptar un enfoque integral:** Las diversas dificultades inherentes a los problemas que plantea el VHC requieren una estrategia coordinada. La solución de un único grupo de problemas tal vez sólo sirva para poner en evidencia las otras dificultades. Las iniciativas tales como el Índice Europeo de Hepatitis, lanzado hace poco, el cual clasifica y compara las

medidas tomadas para la atención de la hepatitis en 30 naciones europeas, puede contribuir para que los países visualicen dónde es necesario introducir mejoras.

- **Obtener información adecuada:** Aún en los países desarrollados, que cuentan con recursos suficientes, se dispone de extremadamente poca información acerca del alcance del desafío que el VHC representa para los sistemas de salud. Sin información adecuada puede resultar imposible elaborar políticas apropiadas que contemplen las condiciones locales – por ejemplo, iniciativas destinadas a llegar a toda la población y a elevar el nivel de exigencia de las normas del sistema de salud allí donde la transmisión médica es un problema de importancia, o adoptar medidas que se concentren en llegar a los grupos de alto riesgo, tales como los UDI, allí donde se encuentre el foco principal de contagio.

- **Concientización:** Si bien la adecuada información pública no puede detener la totalidad de los comportamientos de alto riesgo, su ausencia hace que los que se encuentran en riesgo queden en una situación mucho más vulnerable. Más aún, si se comprende el mecanismo de la enfermedad se contribuirá a superar el estigma que obstaculiza su tratamiento.

- **Prevención:** En última instancia, el VHC es una enfermedad totalmente evitable. La mayor concientización de por sí puede reducir la incidencia de la enfermedad en cierta medida, pero el foco principal de la prevención en todo

el mundo todavía necesita concentrarse en los sistemas de salud, los cuales con demasiada frecuencia son el medio a través del cual se propaga la afección. La prevención secundaria también es de importancia crucial, tanto en los lugares del mundo donde el tratamiento no es asequible como en el caso de los pacientes que no responden a la medicación.

● **Cómo llegar a los pacientes que más lo necesitan:** Los pacientes con VHC pueden haberse olvidado de los eventos que les causaron el contagio, por ejemplo, en el caso de transfusiones de sangre realizadas hace décadas, o puede suceder que no deseen recordarlos, por ejemplo, en el caso de quienes experimentaron con drogas. Mientras tanto, la relación entre los UDI y los sistemas de salud es muy tensa. Será esencial encontrar formas innovadoras de llegar a los pacientes, más que depender de las estructuras tradicionales de salud, para que quienes necesitan tratamiento lo reciban antes de que se desarrollen las condiciones de la etapa terminal.

Sobre todo, al tener en cuenta cuál es la forma eficaz de encarar el VHC, los responsables de elaborar las políticas deben tener presente que estos cambios pueden proporcionar mayores beneficios y que a menudo se integran mejor con iniciativas más amplias. En el nivel básico, el tratamiento temprano del VHC disminuye en gran medida el nivel de cirrosis y el cáncer primario de hígado en muchos países. Asimismo, los mismos pasos que ayudan a prevenir la propagación del virus – ya sea las mejoras de los protocolos del sistema de salud o de los esfuerzos orientados a reducir la transmisión entre UDI – también contribuyen a reducir la transmisión de otras enfermedades, tales como la hepatitis B o el VIH y de enfermedades emergentes nuevas. Los protocolos de atención con mayor centralización en el paciente son aplicables a una gran cantidad de áreas: enfermería profesional, por ejemplo, resultan eficaces para atender una gama de enfermedades crónicas. Los esfuerzos para combatir el VHC, entonces, no sólo ayudan a los países a encarar la amenaza que está surgiendo, sino que además fortalecen a los sistemas de salud para encarar otros desafíos.

A continuación se suministran los datos de organismos que proporcionan información útil respecto del VHC y los temas inherentes a esta enfermedad:

-Página de la Organización Mundial de la Salud referida a la hepatitis: <http://www.who.int/topics/hepatitis/en/>

-Página de inicio del Centro para el Control de Enfermedades referida a la hepatitis viral: <http://www.cdc.gov/hepatitis/>

-Página del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades referida a la hepatitis C: http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis_C/Pages/index.aspx

-Alianza Mundial contra la Hepatitis <http://www.worldhepatitisalliance.org/Home.aspx>

-Coalición para la Erradicación de la Hepatitis Viral en Asia y el Pacífico <http://www.cevhap.org/index.php/en/>

-Índice Europeo de Hepatitis <http://www.hep-index.eu/index-map.html>

Si bien se ha hecho todo lo posible para verificar la exactitud de esta información, The Economist Intelligence Unit no puede asumir ninguna responsabilidad por el uso que se haga de este informe o de la información, las opiniones o las conclusiones que se formulan en el mismo. Este informe fue encargado y financiado por Janssen Pharmaceutica NV. Los puntos de vista y las opiniones de los autores no reflejan necesariamente los puntos de vista y las opiniones de Janssen.

LONDRES
26 Red Lion Square
London
WC1R 4HQ
Reino Unido
Tel: (44.20) 7576 8000
Fax: (44.20) 7576 8500
Correo electrónico: london@eiu.com

NUEVA YORK
750 Third Avenue
5th Floor
New York, NY 10017
Estados Unidos
Tel: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
Correo electrónico: newyork@eiu.com

HONG KONG
6001, Central Plaza
18 Harbour Road
Wanchai
Hong Kong
Tel: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
Correo electrónico: hongkong@eiu.com

GINEBRA
Boulevard des Tranchées 16
1206 Geneva
Suiza
Tel: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
Correo electrónico: geneva@eiu.com