

REVIHSTA

#2



Prevención: el virus sigue activo

Avances Iniciativas para el diagnóstico precoz | **Infografía** Inflamación por VIH | Autotest del VIH
Retos Los no diagnosticados | **Campañas de sensibilización** HIV is... | Expectations for Life |
Internet, redes sociales y VIH | **20 películas** El VIH en el cine | **Pacientes** CESIDA y el no diagnóstico:
campañas recientes | **Entrevistas** Fernando Lozano, María José Galindo, Carla Simón, Ferran Pujol
| **Gilead** en España | **HIBIC'18** | Dan Barouch, Paul Edward Sax y Pablo Tebas.

A

Logros

Diagnóstico precoz 06

Inflamación 12

Autotest del VIH 18

Entrevista a M^a José Galindo 22

Gilead en España 26

B

Retos

Los no diagnosticados 32

Data: el VIH en el mundo 34

Data: el VIH en España 36

Coste del VIH 38

Campañas de sensibilización 41

Internet, redes sociales y VIH 46

El VIH en el cine: 20 películas 52

Entrevista a Carla Simón 56

C

Pacientes

Entrevista a Ferrán Pujol 62

CESIDA: campañas recientes 66

Amigo lector:

Mos encontramos, de nuevo, en este foro de papel para compartir opiniones, actualidad, avances e información sobre el VIH. Esta tribuna es un lugar de encuentro para todos los que nos ocupamos de esta enfermedad, y yo me siento afortunada de poder dirigirme a ti y reflexionar contigo sobre esta realidad en nuestro entorno más inmediato. Son enormes los avances que hemos conseguido en los últimos tiempos en el tratamiento del VIH, pero esto puede verse ensombrecido por algunos aspectos que no están evolucionando al ritmo que todos deseáramos. Me estoy refiriendo al número de pacientes que todavía están sin diagnosticar. Tomando como referencia los objetivos del 90-90-90 fijados por Onusida como un paso fundamental para el control de esta enfermedad, si bien el segundo y tercer 90 (pacientes con tratamiento antirretroviral y suprimidos) se están consiguiendo, la cifra del primero (pacientes diagnosticados) todavía se encuentra lejos del objetivo. De hecho, en España, varios estudios epidemiológicos indican que alrededor de un 18% de personas con VIH desconocen que son portadores de la enfermedad. Se trata de una tasa muy alta –de las más elevadas de Europa- y un evidente vector de transmisión del VIH sobre el que es necesario trabajar.

En este momento, tenemos que conseguir que los colectivos más expuestos sean conscientes de la necesidad de conocer su estado y busquen la atención necesaria. De hecho, hay ya en marcha iniciativas que recomiendan la realización de la prueba del VIH a personas sexualmente muy activas no sólo cuando se tuviera la sospecha de una posible infección sino como control rutinario, y los resultados están siendo muy esperanzadores. Éstas, y otras experiencias similares, deberían ser analizadas con detenimiento, y valorar su posible expansión. La consecución de los objetivos del 90-90-90 no puede depender de experiencias aisladas e inconexas. Por eso, como se indica en estas mismas páginas, es esencial el trabajo coordinado y multidisciplinar de todas las partes implicadas. Así, se debe involucrar a todos los niveles asistenciales, las asociaciones de pacientes y, por supuesto, es fundamental la participación de las empresas. Desde Gilead contamos con varios programas cuyo objetivo es reducir la cifra de pacientes no diagnosticados para ayudar a conseguir el avance de nuestro país en el cumplimiento del reto 90-90-90.

Por otra parte, debemos prestar atención al cambio de perfil del paciente VIH. La seguridad y eficacia de los tratamientos antirretrovirales actuales permiten que la calidad de vida de las personas con VIH sea similar a la de los que no sufren esta enfermedad.

No obstante, las comorbilidades fruto del proceso de envejecimiento y las toxicidades asociadas al uso continuado de los tratamientos son un importante aspecto a tener en cuenta y hacen necesaria una reflexión sobre el abordaje del paciente VIH y la forma de minimizarlas. Si fuéramos capaces de mejorar en estos dos aspectos, la realidad del VIH en nuestro país daría un gran salto cualitativo y se situaría en el nivel que le corresponde como uno de los mejores sistemas de salud del mundo. Estoy segura de que tú y yo, amigo lector, haremos lo posible para que así sea.



María Río

VP & General Manager, Spain



En España viven aproximadamente 140.000 personas infectadas por el VIH, lo que supone una tasa del 0,36% de la población general. Esta prevalencia de infección por el VIH sigue siendo de la más altas de Europa Occidental, que tiene una prevalencia media del 0,22%. La prevalencia en Francia es del 0,29%, en Italia del 0,25%, en Reino Unido del 0,19% y en Alemania del 0,11%. Según el informe del Ministerio de Sanidad, en el año 2016 se diagnosticaron 3.353 nuevos casos de infección por VIH en España. El perfil más habitual de la persona recién diagnosticada es el de un hombre (84%) de unos 36 años, que tiene sexo con hombres (53%) y que ha nacido en España (63,3%). Casi la mitad de los diagnósticos nuevos de infección por VIH son tardíos con una cifra de linfocitos CD4 menor de 350 células/μL y más de una cuarta parte de los casos tenían enfermedad avanzada con una cifra de linfocitos CD4 menor de 200 células/μL.

Hay motivos para la preocupación sobre la evolución epidemiológica de la infección por VIH en España. A pesar de que la cifra de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en el 2016 es algo menor que en años anteriores, España sigue teniendo una tasa de infecciones nuevas superior a la media de la Unión Europea y de los países de Europa Occidental. Según datos del ECDC de 2016 la incidencia de infección por el VIH en España fue de 6,8 casos por 100.000 habitantes y la media de la Unión Europea/Área Económica Europea fue de 5,7. La disminución en el número de nuevos diagnósticos no ha sido uniforme. **Mientras que hay un descenso de la incidencia en el grupo de transmisión heterosexual y en las personas que se inyectan drogas, los nuevos diagnósticos NO han disminuido en los últimos años en los hombres que tiene sexo con hombres.** En cuanto a la proporción de diagnóstico tardío, lamentablemente se ha mantenido estable durante los últimos años.

¿Qué podemos hacer para mejorar la situación epidemiológica de la infección por VIH en España? La estrategia fundamental es como siempre la prevención en sus dos vertientes: evitando que la persona no infectada adquiera la infección y evitando que la persona infectada pueda transmitir. En cuanto a la segunda estrategia, lo ideal sería que las 140.000 personas infectadas por el VIH que viven en España estuvieran diagnosticadas, tratadas y tuvieran una carga viral indetectable. Acercarnos a este ideal es lo que está detrás del ambicioso objetivo que ONUSIDA

El “90-90-90” en España: quedan menos de dos años y bastante trabajo por hacer



José Ramón Arribas
Director del grupo de Sida y Enfermedades Infecciosas del Hospital de La Paz de Madrid y profesor asociado en la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.



estableció en el año 2014: el pegadizo “90-90-90”. Para dentro de menos de dos años, en el 2020, ONUSIDA nos puso como meta a cada país que al menos el 90% de las personas que viven con VIH estén diagnosticadas, que de este 90% otro 90% esté recibiendo tratamiento antirretroviral y que de este segundo 90% otro 90% tenga una carga viral indetectable. Si se hacen las cuentas el objetivo se puede resumir en un solo porcentaje: que en 2020 el 73% de todas las personas que viven con VIH tengan la carga viral indetectable. Alcanzar este objetivo puede significar el principio del fin de la pandemia.

El “90-90-90” se ha convertido en una interesante herramienta para evaluar la capacidad de un sistema sanitario para diagnosticar la infección, conseguir que las personas infectadas tengan la atención necesaria y conseguir que alcancen la supresión virológica. Estos tres hitos forman la llamada “cascada de cuidados” de la persona infectada por el VIH. El “90-90-90” ha promocionado una sana —nunca mejor dicho, puesto que de salud hablamos— competencia entre sistemas sanitarios. En las reuniones científicas se ha convertido en habitual la presentación de gráficos que comparan el grado de cumplimiento del objetivo en diferentes países o zonas geográficas.

¿Cuánto le queda al sistema sanitario español para llegar al objetivo de que el 73% de todas las personas que viven con VIH tengan una carga viral indetectable? En un estudio publicado el año pasado sobre 11 países europeos con datos de 2013 la cifra de España fue de un 50%, la menor de los 11 países incluidos. Solo Dinamarca (80%) y Suecia (77%) habían llegado al objetivo establecido por ONUSIDA. El país más cercano a la cifra española fue Grecia con un 52%.

Si observamos cada uno de los componentes del 90-90-90, en España en 2013 había problemas de cumplimiento de los tres objetivos. Sólo un 82% de los infectados estaban diagnosticados, solo un 76% de los diagnosticados recibían tratamiento antirretroviral y sólo un 81% tenían carga viral indetectable. Datos más recientes basados en los resultados de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH en 2016 nos sitúan en mejor situación. Entre un 66 y un 73% de todas las personas que viven con infección por VIH en España tienen una carga viral indetectable. La mejoría respecto a los datos de 2013 ha sido debida a avances en los dos segundos “90”. En el momento actual estimamos que entre un 92% y un 96%

de los infectados en España reciben tratamiento antirretroviral y que entre un 89% y un 94% tienen una carga viral indetectable. Lamentablemente sigue sin mejorar el primer “90%”. Solo el 82% de los infectados están diagnosticados en 2016.

Según los datos de 2016 aproximadamente 25.000 personas en España desconocen que están infectadas por VIH (un 18% de las 140.000 totales). Además, como decíamos al principio de esta editorial en casi de la mitad de los nuevos casos, el diagnóstico se realiza tardíamente. **Hay que reconocer que no estamos haciendo un trabajo óptimo. ¿Por qué no diagnosticamos lo suficiente y por qué diagnosticamos tarde? La respuesta es evidente: no hacemos las suficientes pruebas diagnósticas.**

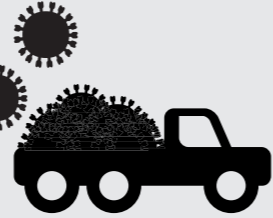
El informe del Ministerio de Sanidad sobre Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España recuerda que la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos. Como sociedad tenemos que normalizar y promover la realización de la prueba. Hacen falta más campañas de concienciación que recuerden que España sigue teniendo un problema con la infección por el VIH, que tenemos la prevalencia más alta de Europa Occidental y que la cifra de diagnósticos tardíos no ha bajado en los últimos 7 años. Es muy frustrante que a los propios médicos se nos escapen oportunidades diagnósticas. Varios estudios indican que en España más de un 50% de los nuevos diagnósticos tardíos han tenido interacciones previas con el sistema sanitario durante las cuales se podría haber solicitado la prueba del VIH. Tenemos que hacer todo lo posible para difundir estos datos, para que calen en la sociedad y para conseguir normalizar y quitar el estigma de la prueba del VIH. Si no lo conseguimos, dentro de año y medio España no podrá celebrar haber alcanzado el 90-90-90.

«Es muy frustrante que a los propios médicos se nos escapen oportunidades diagnósticas. Varios estudios indican que en España más de un 50% de los nuevos diagnósticos tardíos han tenido interacciones previas con el sistema sanitario durante las cuales se podría haber solicitado la prueba del VIH.»



Desde que en 1981 un grupo de científicos identificó los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en apenas cuatro décadas el VIH ha pasado de ser intratable y mortal a convertirse en una enfermedad crónica bajo tratamiento. Sin embargo, sigue sin haber una cura total que elimine por completo el VIH. Por eso, mientras se busca una vacuna eficaz que erradique el virus, la mejora en la detección y el diagnóstico precoz son los retos más importantes para activistas y organizaciones sanitarias de todo el mundo.

Desafíos para el (imprescindible) diagnóstico precoz del VIH

 <p>UN RETO, SIETE DESAFÍOS</p>	<p>DIFICULTADES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS POSIBLES CASOS.</p> 	<p>FALTA DE IMPLICACIÓN DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS.</p> 	<p>IMPORTACIÓN DE CASOS.</p> 
<p>REAPARICIÓN DE FORMAS DE TRANSMISIÓN.</p> 	<p>RELAJAMIENTO DE LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS Y PREVENTIVAS.</p> 	<p>PACIENTES SIN SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA ADECUADAS.</p> 	<p>PACIENTES SIN DIAGNOSTICAR</p> 

«Las personas en riesgo se han relajado al no tratarse de una enfermedad mortal. Ya no se tiene tanto cuidado y son muy frecuentes las prácticas sexuales de alto riesgo sin utilizar protección»

Referencias

VIVIR CON EL VIH: RETOS EN LA GESTIÓN DEL VIH EN ESPAÑA. THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED, 2017.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y SIDA EN ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. 2016.

WORLD HEALTH ORGANISATION, GUIDELINES ON WHEN TO START ANTIRETROVIRAL THERAPY AND ON PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS FOR HIV. GENEVA. WORLD HEALTH ORGANISATION, 2015.

ICONS BY SIMON CHILD



Qué consecuencias tiene el retraso del diagnóstico de VIH

- 1 Mayor incidencia de numerosas enfermedades, tanto asociadas al sida como no, que dan lugar a que la morbilidad sea muy superior a la de las personas que acceden al tratamiento antirretroviral de forma más temprana.
- 2 Favorece el aumento de nuevos casos y, por lo tanto, la propagación de la epidemia.
- 3 El coste asistencial global de los pacientes diagnosticados tardíamente es muy superior al de los que lo son de forma precoz.

En 2014 el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) se marcó los objetivos 90-90-90 para 2030. Uno de ellos es que el 90% de las personas que viven con el VIH conozca su estado. En España, no llegamos aún a ese umbral: solo el 82% de la población española con el VIH está diagnosticada. Si sumamos a esto que el número de nuevos diagnósticos —que ha descendido ligeramente entre 2010 y 2015— es superior al de la década anterior, salta a la vista que es necesario redoblar los esfuerzos para lograr una reducción significativa de infecciones en nuestro país. Directamente, estas cifras sugieren la búsqueda y puesta en marcha de nuevas medidas para el aumento del diagnóstico precoz. Entre ellas, claro está, la mejora en la realización de pruebas diagnósticas. Sólo así se reforzará el muro que evita que el VIH se siga propagando.

Existen diversos factores que dificultan el logro de los objetivos de detección en España. Uno de ellos es la escasa dotación económica dedicada a campañas de sensibilización. Otra, la falta de conciencia entre algunos de los grupos en riesgo más jóvenes. Según Ramón Alejandro Morillo, farmacéutico, los fondos asignados a la investigación, la concienciación y la prevención del VIH se han reducido drásticamente en los últimos años como resultado de la crisis. A falta de estudios y campañas en los medios, el cambio de percepción del VIH entre los jóvenes ha agravado el problema. Muchos no ven el VIH como una enfermedad mortal sino, más bien, “como una enfermedad crónica que se trata con una medicación sencilla sin efectos secundarios”, añade Morillo. Coincide con Morillo M^a Jesús Pérez Elías, jefa de la Sección de la Unidad de VIH/Sida del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal: “Las personas en riesgo se han relajado al no tratarse de una enfermedad mortal. Ya no se tiene tanto cuidado y son muy frecuentes las prácticas sexuales de alto riesgo sin utilizar protección”.

Pérez Elías subraya que existen dificultades para la identificación de los posibles nuevos casos. “Identificamos muy bien a una mujer embarazada y a un donante de sangre, pero dentro de la población general nos cuesta más identificar quién está en riesgo y solicitar una prueba de VIH”, explica. En los diferentes escenarios donde se imparte salud (Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios de Urgencias) el paciente acude con problemas muy diferentes y es difícil abordar aspectos muy sensibles de su historia personal como son la tendencia sexual y el uso de las medidas higiénicas apropiadas para evitar la transmisión sexual del VIH y otras infecciones, pone de manifiesto la experta. “En los departamentos de Salud Laboral probablemente sería más sencilla la realización de la prueba de VIH porque se realizan pruebas de forma rutinaria y con carácter preventivo, pero la sombra del estigma y la posible discriminación hacen que esta estrategia sea conflictiva y de difícil implementación”, advierte.

Aunque las estadísticas muestran que se ha reducido el colectivo de personas que adquieren la infección por consumo de drogas por vía parenteral, Pérez Elías insiste en que hay que mantener la alerta: “Existe un rebrote muy importante del consumo de sustancias por vía parenteral que pudiera ser a su vez el inicio de un nuevo brote epidémico”. Sin embargo, el foco de atención debe ponerse, a su juicio, en los pacientes sin seguimiento ni adherencia adecuada (es decir, con carga viral detectable y potenciales contagiadores) y en las personas sin diagnosticar y, por tanto, inconscientes de su condición de infectados. Pérez Elías se muestra muy crítico con algunas líneas de la política sanitaria. “No hay decisiones políticas ejecutivas ni recursos para implementar programas de cribado de la infección por VIH. Estos no se marcan como objetivos prioritarios para cada uno de los ámbitos sanitarios donde se imparten cuidados clínicos. Tenemos además casos importados desde países donde no se tiene acceso adecuado a los cuidados y

tratamientos. Estos se deben identificar precozmente y vincular al tratamiento lo antes posible para que no afloren nuevos brotes epidémicos”.

Acortar el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento es vital y, sin duda, otro de los retos pendientes en la lucha contra el VIH. Fernando Lozano, médico de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica del Hospital Universitario de Valme (Sevilla) y desde 2011 director del Plan Andaluz frente al VIH/Sida, subraya que este lapso se ha reducido considerablemente en

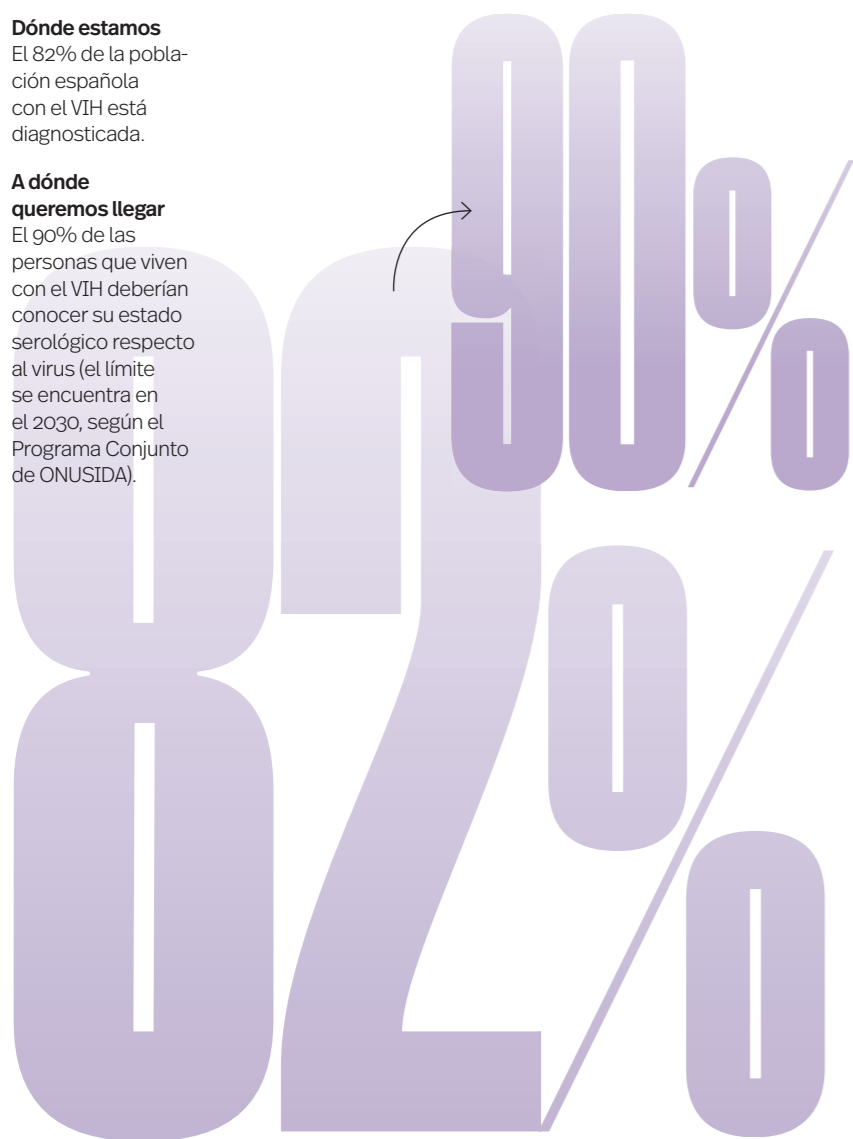
la mayoría de países, sobre todo desde que las principales guías de tratamiento antirretroviral, incluida la de la OMS, recomiendan el inicio del mismo en todas las personas con infección por el VIH, con independencia de su situación clínica, inmunológica y virológica. “La tendencia actual es iniciarlo en la primera visita e, incluso, si es factible, el mismo día del diagnóstico. Esto puede hacerse por disponer de fármacos para los que no es indispensable contar previamente con los resultados de una prueba de resistencia”.

Dónde estamos

El 82% de la población española con el VIH está diagnosticada.

A dónde queremos llegar

El 90% de las personas que viven con el VIH deberían conocer su estado serológico respecto al virus (el límite se encuentra en el 2030, según el Programa Conjunto de ONUSIDA).



Entrevista/



Médico de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica del Hospital Universitario de Valme, Sevilla. Desde 2011, director del Plan Andaluz frente al VIH/Sida y otras ITS. Profesor Asociado de Medicina de la Universidad de Sevilla. Ha sido presidente de GESIDA y de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) y vicepresidente de SEISIDA.



Fernando Lozano: «La única manera de sacar a la luz la infección oculta es diagnosticándola mediante la realización de la prueba»

—¿Por qué la cifra de nuevos casos diagnosticados no baja?

—Realmente sí que baja, pero lo hace de una forma muy lenta. Este descenso, mucho menos marcado de lo deseable, indica que aún siguen produciéndose nuevas infecciones por el VIH en una cuantía considerable. Ello se debe principalmente a que las medidas preventivas no han logrado reducir su incidencia y a que existe una importante fracción de infección oculta (personas que tienen el VIH y no han sido diagnosticadas) que es responsable de una buena parte de las transmisiones y, por tanto, del mantenimiento de la epidemia. La fracción de infección oculta, que, según estimaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es del 18%, constituye la principal barrera para alcanzar en España el objetivo 90-90-90 de ONUSIDA.

—¿Qué estrategias serían necesarias para reducir el número de los no diagnosticados?

—La única manera de sacar a la luz la infección oculta es diagnosticándola mediante la realización de la prueba. Puesto que la infección por

el VIH suele ser asintomática durante muchos años, para poder detectarla en esta fase es necesario efectuar un cribado de la misma. A este respecto, además de un cribado obligatorio para los donantes de sangre, de órganos y tejidos para trasplantes y ovodonantes, existen dos estrategias fundamentales.

—¿Cuáles son esas estrategias?

—Una es el cribado “dirigido”, para personas que tienen un elevado riesgo de exposición al VIH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, transexuales, trabajadores/as del sexo, personas procedentes de países con una alta prevalencia de VIH, etcétera. Pero también para los que presentan alguna manifestación clínica que pudiera estar asociada con la infección por el VIH. La segunda estrategia es el cribado “rutinario”, para población general, en particular para personas en edad de tener relaciones sexuales. Por tanto, para reducir la prevalencia del diagnóstico tardío y de la infección oculta por el VIH, hay que solicitar la prueba en el contexto de alguno de dichos cribados.

—¿Qué retos presenta la mejora del diagnóstico precoz?

El cribado de la infección por el VIH puede llevarse a cabo tanto en el ámbito comunitario como en el sanitario. En relación al primero de ellos, para el cribado dirigido de las personas con alto riesgo de exposición y escaso contacto con la asistencia sanitaria, resulta fundamental la colaboración de asociaciones y organizaciones no gubernamentales. Éstas lo realizan en sus sedes o a pie de calle mediante el uso de pruebas de diagnóstico rápido en el fluido oral o en sangre obtenida mediante digitopunción.

—¿Y en el ámbito sanitario?

—Dado que las personas con infección por el VIH no diagnosticadas suelen ser asintomáticas, el diagnóstico precoz de las mismas corresponde mayoritariamente a Atención Primaria. Por todo lo referido, los retos son posibilitar y favorecer la estrategia de acercamiento en el ámbito comunitario, subvencionando a las ONG que se dedican a ello, y promover el diagnóstico precoz en Atención Primaria, sin olvidar a los Servicios Urgencias en los que el cribado dirigido de la infección por el VIH por sospecha diagnóstica es vital.

—¿Qué actuaciones han realizado para mejorar el diagnóstico precoz?

—En Andalucía, dentro del Programa de Diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito comunitario, hasta 2016, último año del que hay datos, se había subvencionado a 49 asociaciones y formado a 690 de sus miembros para realizar 26.626 pruebas de diagnóstico rápido. De ellas, 601 resultaron positivas. Esto supone una prevalencia del 2,25%, superior al 0,1% a partir del cual el cribado del VIH se considera costo-eficaz. En el ámbito sanitario se está promoviendo la realización de la prueba en Atención Primaria mediante la formación de los profesionales.

—¿De qué manera?

—Aparte de otras iniciativas, en 2017 se efectuó un curso MOOC (masivo, abierto y online) para 500 médicos de familia que también se va a realizar este año. Además, se está trabajando para incluir en la historia informatizada de Atención Primaria una alerta automática para la realización de la prueba ante cualquier indicador clínico de infección, así como un minicuestionario de indicadores de riesgo de exposición sexual.

Iniciativas en Atención Primaria Estudio DRIVE: una estrategia del cribado dirigido

● **Fernando Lozano** subraya que el cribado dirigido a personas de alto riesgo por parte del ámbito comunitario puede contribuir a mejorar el diagnóstico precoz. Pero existen también otras opciones. Una de las iniciativas que se han puesto en marcha en España es la que presentaron el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal y el Centro de Salud García Noblejas, ambos ubicados en Madrid, en el VIII Congreso Nacional de GeSIDA en 2015 y 2016.

● El estudio, denominado DRIVE, se realizó en tres fases. Trataba de demostrar que el cribado dirigido de la infección por VIH es la estrategia más eficiente en poblaciones con baja prevalencia. **Rafael Antonio Barea Ruiz**, responsable de Enfermería del centro de salud Canal de Panamá, explica que el cribado dirigido se llevó a cabo mediante un autocuestionario de Riesgo de Exposición e Indicadores Clínico (RE&IC) asociados a la infección por VIH. La prueba de VIH se realizó únicamente a personas con cuestionario positivo.

● Demostraron así que se podía identificar al mismo número de Nuevos Diagnósticos (NDVIH) que con una estrategia no dirigida, y que ésta reducía los costes a la mitad.

● En una de las fases del estudio participaron cuatro centros de salud de Madrid. Captaron a 8.000 personas. “Les explicamos el objetivo del estudio y les hablamos de los factores de riesgo a los que están expuestas muchas personas de España sin saberlo. Una de las conclusiones que saqué es que la mayoría de las personas, después de realizar el cuestionario, no era consciente de tener riesgo de infección por el VIH. Tenía estudios de nivel alto y, sin embargo, estaba muy poco informada. Vea el sida como una enfermedad crónica con la que se puede vivir bien. Les tuvimos que explicar que no todo el mundo responde de la misma manera al tratamiento”, añade Barea Ruiz.

● Todavía queda mucho por delante. Según la doctora **M^a Jesús Pérez Elías**, los grandes cambios epidemiológicos y la reducción del

número de nuevos casos asociados al VIH se han conseguido gracias al cribado universal de todos los donantes de sangre y de las mujeres embarazadas. La transmisión materno-fetal se ha desplomado. La aplicación de medidas como la metadona, el intercambio de jeringuillas y la educación para modificar la vía de transmisión de ciertas drogas también ha supuesto un importante avance en el control y descenso de infectados. “A partir de estos grandes logros, se plantea el panorama de una epidemia en la que predomina la transmisión por vía sexual, sobre todo en los hombres que tienen sexo con hombres. Para éste y otros colectivos no hemos sabido aún implementar programas de cribado exhaustivo, sistemático y repetido, con una periodicidad basada en el riesgo concreto de cada individuo”, concluye Pérez Elías.



(*) Vocabulario

● **CRIBADO:** El cribado, en el marco de los sistemas sanitarios, se refiere a la realización de pruebas diagnósticas a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están. Se trata de una actividad de prevención secundaria, cuyo objetivo es la detección precoz.

● **PREVALENCIA:** En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado (“prevalencia de período”). Por tanto podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de período.

● **INCIDENCIA:** Se define como la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un período determinado.

Referencias

CRIBADO DIRIGIDO DE INFECCIÓN POR VIH A NIVEL POBLACIONAL: COMPARACIÓN DE 3 ESTRATEGIAS. ESTUDIO DRIVE 01. VIII CONGRESO NACIONAL DE GESIDA, 2016.
COBERTURA Y ACEPTABILIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE CRIBADO DE DIAGNÓSTICO DE VIH DIRIGIDO, CON RECURSOS EXTERNOS. ESTUDIO DRIVE 02. VII CONGRESO NACIONAL GESIDA, 2015.

«Las tasas de cribado se han incrementado mucho y el número de nuevos diagnósticos también. De hecho en los centros de salud donde se ha realizado, luego es difícil encontrar nuevos casos y pensamos que son casos incidentes* de nueva aparición y no prevalentes*. Hay que hacer una formación amplia en diagnóstico precoz a los profesionales de Atención Primaria, Urgencias y otros especialistas. Pero sin duda hay que implementar programas y definir bien estándares y objetivos que se cumplan por todos los escenarios»*



M^a Jesús Pérez Elías
Jefe de Sección de la
Unidad de VIH/SIDA,
Servicio de Enfermedades
Infecciosas del Hospital
Ramón y Cajal



La inflamación crónica en pacientes con VIH contribuye a la patogénesis de muchas otras condiciones médicas ubicadas en la cronicidad como la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, la diabetes, la enfermedad renal crónica o el cáncer. Son varias las investigaciones abiertas para combatirla, pero el tratamiento antirretroviral precoz es aún la mejor alternativa para reducirla a cotas mínimas y mejorar el pronóstico.

Inflamación:

GUERRA AL ENEMIGO SILENCIOSO

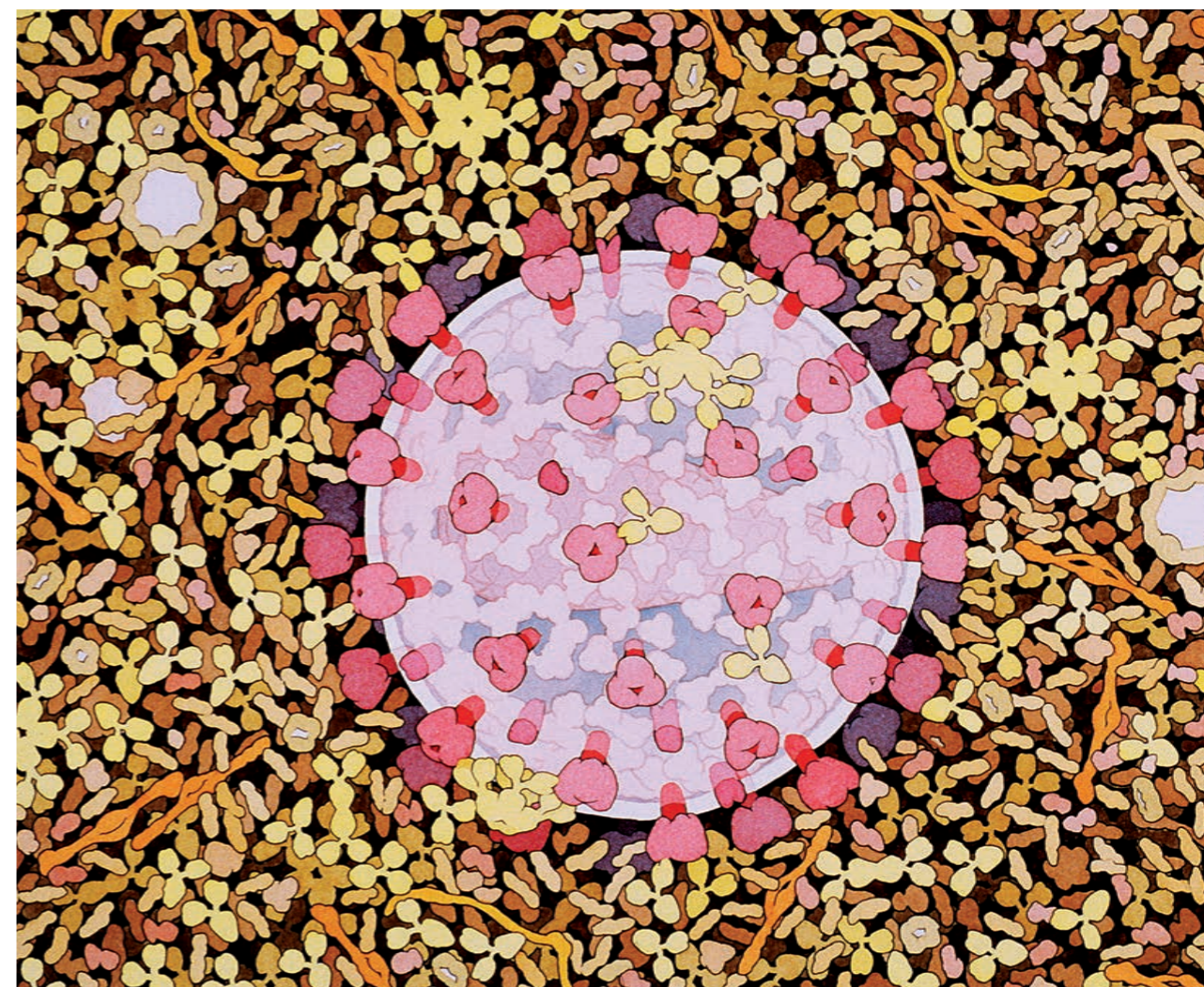
La inflamación es un mecanismo que el cuerpo humano emplea para defenderse de numerosas agresiones externas: traumatismos, infecciones, heridas... Está pensada para ser una respuesta aguda. Pero en algunas circunstancias, cuando el daño persiste, se cronifica.

En los infectados con el VIH se pueden dar las dos situaciones. La inflamación aguda se produciría cuando el virus entra en el organismo y no existe tratamiento antirretroviral. En ese caso, persiste, se perpetúa y es lo que origina el deterioro inmunológico e, incluso, el sida. En pacientes bajo tratamiento, el estímulo viral prácticamente

desaparece puesto que se termina con la replicación del virus en sangre. Sin embargo, persiste la inflamación. Es posible medirla observando una serie de indicadores de índole variada —los llamados biomarcadores— como la interleucina-6, la proteína C-reactiva, el dímero-D, la cistatina-C o atendiendo al cociente entre los linfocitos CD4 y CD8.

Una persona portadora del VIH que está en tratamiento presenta niveles de inflamación menores que otra sin tratar, aunque siempre mayores que los de una persona no infectada. La causa de todo esto es una ‘cicatriz’ que queda en el sistema inmune tras la primera fase de infección. En ese momento, el virus des-

El 50% de los casos de VIH en España se manifiestan como diagnóstico tardío, es decir cuando el nivel de los linfocitos CD4 es bajo.



Sistema Inmune

La imagen sobre estas líneas muestra una ilustración de David S. Goodsell en la que el virus VIH, representado en la esfera de color rosáceo, es atacado por el sistema inmune del cuerpo humano. Los pequeños anticuerpos en forma de Y griega se unen a su superficie.

© DAVID S. GOODSSELL 1999 (PUBLIC DOMAIN)

Referencias

AIDS INFONET, 30/08/14: <http://xurl.es/66oe6>
 GTT-VIH.org, 19/01/07: <http://xurl.es/dtuix>
 SERVICIO GALLEGOS DE SALUD, Dic/16: <http://xurl.es/kcy8p>
 LA VANGUARDIA, 03/07/15: <http://xurl.es/y38ip>
 REVISTA GALENUS, Jul/11: <http://xurl.es/68mdk>
 FUNDACIÓN GLORIA SOLER, Sept/16: <http://xurl.es/uy466>
 CATIE (CANADÁ), Dic/17: <http://xurl.es/pzxf>
 POZ MAGAZINE, 05/04/16: <http://xurl.es/12xv3>
 Fecha de acceso: julio de 2018

truye muchos linfocitos y genera un daño inmunológico que, a pesar del tratamiento, no se recupera totalmente. Eso origina que haya algunas respuestas inmunitarias alteradas de manera crónica en muchos pacientes, sobre todos en los que han iniciado el tratamiento tardíamente.

Envejecimiento y comorbilidades, el precio de la inflamación

El VIH en sí da lugar a una inflamación crónica. Pero, a su vez, el virus conduce a una desregulación del sistema inmune que puede alimentar aún más la inflamación, lo que lleva a que las personas con VIH en tratamiento envejecen a edades más tempranas que las personas sin VIH.

“El sistema inmune está detrás de cualquier aspecto de la salud que uno piense. El cáncer, la arterosclerosis, el deterioro cognitivo... Influye en todo. La inflamación es un mecanismo que en cierto modo acelera el envejecimiento cuando está desregulado. Así, los ancianos presentan de media más inflamación que una persona joven. Con el VIH ocurre lo mismo”, explica Sergio Serrano, médico de enfermedades infecciosas en el Hospital Ramón y Cajal e investigador del VIH.

Según Serrano, la inflamación promueve patologías típicas del envejecimiento como enfermedades coronarias, osteoporosis, muchos tipos de cáncer o el propio deterioro cognitivo. “Todas ellas aparecen

«Es muy consistente toda la evidencia a favor del tratamiento precoz. Ya no hay ninguna justificación para retrasar el inicio del tratamiento»

Sergio Serrano
Hospital Ramón y Cajal



habitualmente antes y son más frecuentes en personas con VIH que en personas sin VIH de la misma edad y sexo. El tabaquismo, por ejemplo, es tres veces más nocivo en personas con VIH que en la población en general y parece que eso está influido por la inflamación”, asegura. Además, subraya, “la inflamación en el VIH genera fragilidad, que no significa sufrir un infarto o un cáncer antes, sino entendida como un término geriátrico que identifica a esa persona mayor que camina mal, que tiende a caerse, que pierde funcionalidad y que ya no puede, en definitiva, hacer las cosas que hacía antes”.

Steven Deeks, profesor de medicina en la Universidad de California en San Francisco, uno de los mayores expertos mundiales en inflamación crónica relacionada con el VIH, señala que la inflamación probablemente no tiene mucho impacto en la calidad de vida de las personas, ni en su salud en general “hasta que cumplen sesenta o setenta años, momento en el que sí es más evidente”. Curiosamente, parece que la inflamación que causa el VIH también tiene algún efecto colateral positivo en los pacientes. “Los pacientes con VIH no tienen más riesgo de tener cataratas, que es algo típico de la edad, y se ve que tienen menos riesgo de sufrir algunos cánceres típicos de la edad, como los de próstata, mama o colon”, revela el doctor Serrano.

El tratamiento precoz, clave

En España el 50% de los casos se manifiestan dentro de lo que se califica como diagnóstico tardío, es decir cuando el nivel de los linfocitos CD4 es bajo. Eso condiciona la recuperación inmunológica, empeora el pronóstico a largo plazo y produce una mayor inflamación. Por ello, el tratamiento precoz del VIH es una de las grandes prioridades médicas en nuestro país y en todo el mundo. Hay que tener en cuenta que, incluso así, es muy difícil que un tratamiento se empiece tan pronto como para que los niveles de marcadores inflamatorios sean los de una persona que no tiene el VIH. Pero, en general, los pacientes que presentan un mejor nivel inflamatorio son los que han

empezado el tratamiento precozmente, cuando el virus aún no ha deteriorado su sistema inmune. “Se previene así ese deterioro y ya no hay nada que tengan que cicatrizar: la herida inmunológica es pequeña y cierra bien con el tratamiento”, explica Sergio Serrano. Quien añade: “El momento de iniciar el tratamiento antirretroviral condiciona mucho lo que ocurre después. Si se empieza tarde, es más probable que existan inflamación y peor salud a largo plazo; si se empieza pronto, lo más probable es que la inflamación resulte muy poco relevante”.

Según Deeks, “el daño a largo plazo causado por la inflamación crónica relacionada con el VIH es ser más fácil de prevenir cuando las personas son más jóvenes, en lugar de revertir luego el daño una vez que las personas son mayores”. Por esa razón, también cree que “comenzar con los antirretrovirales tan pronto como sea posible después de la infección reduce la probabilidad de problemas de salud relacionados con la inflamación como un ataque al corazón y ciertos cánceres”.

Los avances en los tratamientos antirretrovirales han sido decisivos para mejorar el pronóstico y el nivel de infla-

«Comenzar con los antirretrovirales tan pronto como sea posible después de la infección reduce la probabilidad de problemas de salud relacionados con la inflamación como un ataque al corazón y ciertos cánceres»

Steven Deeks
UCSF



mación de las personas con VIH. “Los pacientes tratados hoy se recuperan y viven mejor que los pacientes que se infectaron en la década de los 80. Los tratamientos de entonces les permitieron sobrevivir, aunque con efectos secundarios a largo plazo. Los fármacos actuales son más eficaces y menos tóxicos”, explica Serrano.

Queda por resolver tal vez una pregunta incómoda: las comorbilidades, ese envejecimiento antes de tiempo del VIH, ¿es culpa del propio proceso inflamatorio del virus o es más un efecto secundario a largo plazo del tratamiento? La respuesta de Serrano no deja lugar a dudas: “Todo en el VIH mejora con el tratamiento precoz, se mire por donde se mire: la inflamación, las complicaciones definitivas de sida, las enfermedades no definitivas de sida... Es muy consistente toda la evidencia a favor del tratamiento precoz, ya no hay ninguna justificación para retrasar el inicio del tratamiento. Se traduce también en un beneficio tanto en los marcadores de inmunidad innata —los que traemos de fábrica— como en los de inmunidad adaptativa —la que vamos desarrollando como fruto de un aprendizaje inmunológico”.



Últimas investigaciones contra la inflamación

La microbiota intestinal podría tener un papel clave. Roger Paredes, del Institut de Recerca de la Sida, IrsiCaixa, estudia de qué manera influyen estos microorganismos en la infección por VIH para intentar hallar formas de evitar esa inflamación crónica. “Cuando el virus infecta a una persona, durante los primeros 15 días se produce una gran destrucción del sistema inmunitario intestinal. La pared del colon se vuelve porosa y fragmentos de bacterias pasan a la sangre. La consecuencia es que se genera un estado de inflamación crónica. El sistema inmunitario detecta que esas bacterias están fuera del lugar que les corresponde e intenta acabar con ellas. Hemos comprobado que efectivamente el VIH disminuye la diversidad de la microbiota y que es muy probable que cambie el patrón de bacterias intestinales. Necesitamos entender mejor cómo se lesiona la pared intestinal y qué bacterias de la microbiota son las que producen una respuesta pro inflamatoria. Una vez sepamos eso, podremos comenzar a pensar en intervenciones que irán a la larga dirigidas a disminuir la inflamación crónica”.

Mientras los investigadores se esfuerzan por desarrollar formas de disminuir el tamaño del reservorio viral y, a su vez, reducir la replicación viral residual, pueden acabar dando con tratamientos que, incluso si no llegan a curar de forma definitiva, terminen eliminando la inflamación crónica. Paredes es muy sincero: “Si fuéramos Colón en nuestro viaje hacia América, estaríamos al comienzo del camino”.

Varios estudios de investigación han sugerido que los medicamentos para reducir el colesterol, conocidos como estatinas, pueden reducir la inflamación crónica entre las personas con VIH y protegerlas contra sus efectos nocivos.

Se están investigando también otros agentes antiinflamatorios como telmisartan, un medicamento para la presión sanguínea, y vildagliptin, un medicamento para la diabetes. Algunos estudios apuntan a fármacos utilizados para las enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide, enfermedad autoinmune, e incluso están analizando los beneficios de tratamientos contra el cáncer. También se están examinando medicamentos que inhiben los biomarcadores, como las citoquinas interleuken-1 o -6. Una de las investigaciones mundiales más punteras está enfocada a estudiar si los probióticos, que promueven las bacterias deseables en el sistema digestivo, pueden afectar el llamado microbioma del cuerpo, de manera que ayude a disminuir la inflamación relacionada con el intestino.

Infografía/ Los dos escenarios de la inflamación por VIH

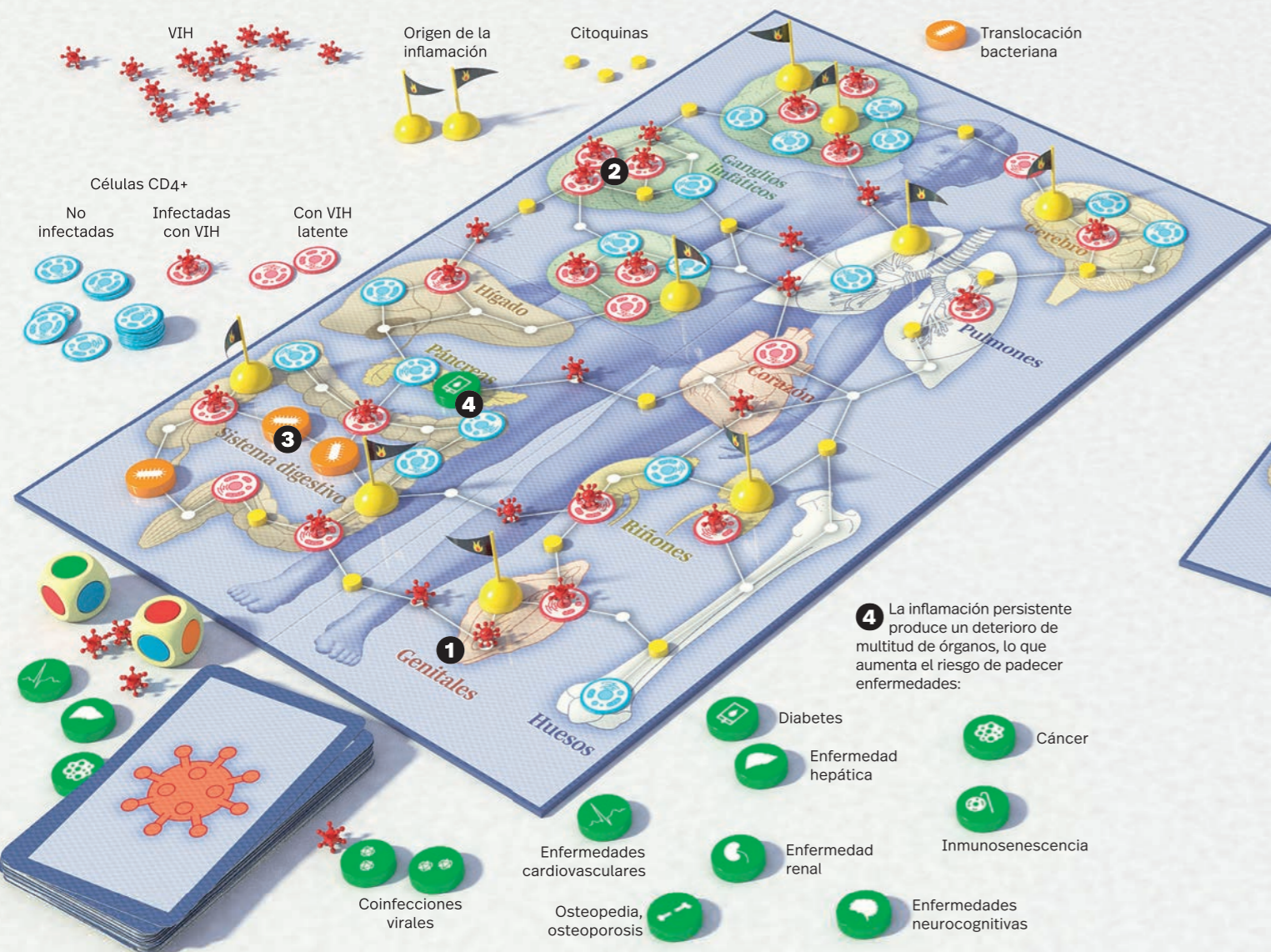
Con la colaboración del doctor Javier Martínez Picado

Referencias
VER PÁG. 81

A SIN TRATAMIENTO

Solo unos días después de la infección por el VIH, millones de partículas virales inundan el organismo, lo que resulta en un grave proceso inflamatorio.

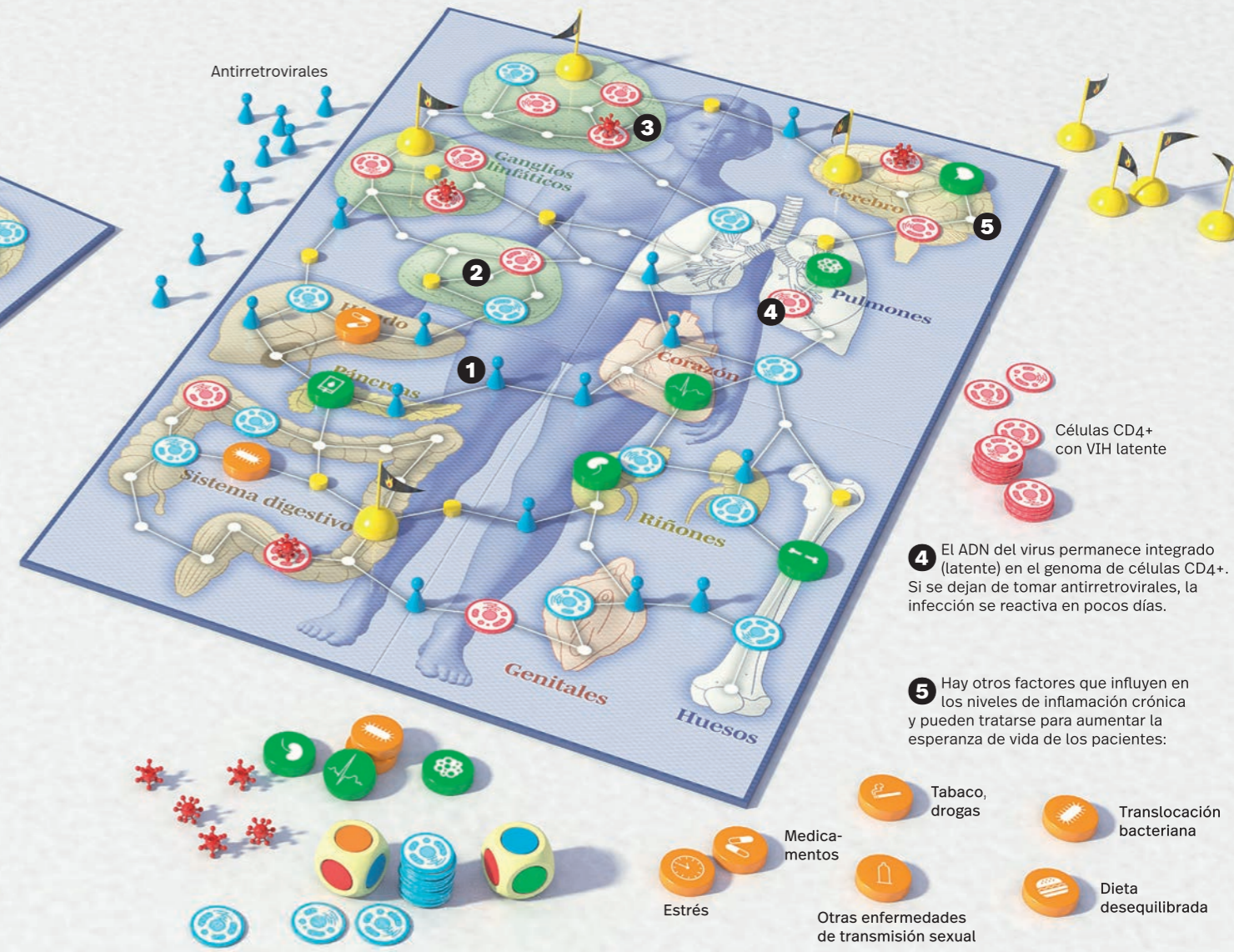
- 1 Cuando el VIH penetra en el organismo, el sistema inmunitario trata de luchar contra él. Se produce una inflamación aguda que luego se cronifica.
- 2 El virus infecta y destruye las células CD4+ (linfocitos T, células dendríticas, macrófagos...), lo que debilita el sistema inmunitario. La replicación genera antígenos virales y citoquinas que extienden la inflamación.
- 3 La infección deteriora las defensas de la mucosa intestinal y permite el paso de microorganismos (translocación bacteriana). La inflamación se agrava.



B CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Los antirretrovirales bloquean la replicación del virus. Como consecuencia reducen el proceso inflamatorio, pero no lo normalizan.

- 1 Los antirretrovirales reducen la carga viral en el organismo. La inflamación se atenúa porque hay menos virus y bacterias en sangre.
- 2 El sistema inmunitario está dañado de forma irreversible (menos células CD4+, disfunción de otras células, fibrosis, tejidos...). El daño es mayor si el tratamiento es tardío.
- 3 El VIH se puede replicar en órganos en los que algunos antirretrovirales penetran poco: ganglios linfáticos, sistemas nervioso y gastrointestinal... Esto hace que la inflamación persista en estos órganos y dañe a otros.



Quien quiera saber si está infectado por el VIH ya puede saberlo en la intimidad de su casa mediante el test de autodiagnóstico, de venta en nuestras farmacias desde enero. En medio del boom, hablamos con los expertos sobre sus ventajas e inconvenientes.

Llega a las farmacias el 'predictor' del VIH

El autotest o predictor del VIH, como se le llama coloquialmente, ya puede comprarse en la farmacia española desde el pasado 22 de enero. El test no necesita prescripción médica —el Consejo de Ministros modificó la ley en diciembre para que pudieran dispensarse sin pasar previamente por la consulta—, cuesta en torno a 30 euros y permite conocer el resultado en unos 20 minutos. “Es un dispositivo sencillo, con una lanceta similar al que usan los diabéticos o las mujeres para saber si están embarazadas”, explica Elena Andradás, ex directora general del ministerio. La prueba es una alternativa válida para aquellas personas que no quieren acudir a su centro de salud, a uno comunitario, a una ONG o a las farmacias donde se realiza la prueba rápida. El kit del autotest incluye las instrucciones de uso paso a paso, así como la gasa con antiséptico para esterilizar el dedo, el material necesario para realizarse una punción en la yema del dedo y el dispositivo que mide la gota de sangre. Asimismo las instrucciones indican qué hay que hacer si el resultado es positivo y se facilita un teléfono de atención gestionado por la Coordinadora Estatal de VIH y Sida (Cesida) y el propio Ministerio de Sanidad facilita en su web recomendaciones al respecto.

La fiabilidad del autotest es muy alta, “similar a la de la prueba convencional” dice

el doctor Santiago Moreno, jefe de servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Sin embargo, para que tenga validez debe realizarse transcurrido el llamado ‘periodo ventana’, unos tres meses, el tiempo en que una persona puede estar infectada por el virus pero su cuerpo todavía no ha desarrollado anticuerpos detectables. El diagnóstico positivo debe confirmarse siempre después con un análisis convencional. Según el prospecto de la prueba que se está comercializando en España desde el 22 de enero de 2018, la sensibilidad es del 100% con un intervalo de confianza entre el 99,1% y el 100%. Es decir, no han registrado falsos negativos en gente que tuviera el VIH. La



Persiguiendo el 90-90-90

Son las medidas ideales que ONUSIDA establece como referente óptimo que hay que alcanzar: que el 90% de los infectados lo sepa; que el 90% de estos esté en tratamiento y que el 90% de estos últimos reaccione favorablemente a la medicación hasta que su carga del virus en sangre sea indetectable, lo que, si bien no la anula, prácticamente impide su transmisión. España, como la mayoría de sus vecinos occidentales, suspende en el primer porcentaje, con un ‘aprobado alto’ del 82% que esperar corregir definitivamente con la venta del autotest.

Referencias

RTVE, 21/01/18: <https://bit.ly/2E1jKGF>
 EL ESPAÑOL, 30/12/17: <https://bit.ly/2IoUv95>
 APOYA TU SALUD, 14/02/18: <https://bit.ly/2GoUb8m>
 EL PAÍS, 04/07/12: <https://bit.ly/2GoN7IX>
 EL PAÍS, 21/01/18: <https://bit.ly/2mZAM7i>
 EL GLOBAL, 26/01/18: <https://bit.ly/2wKDaGm>
 EL DIARIO, 22/01/18: <https://bit.ly/2Ku8JpY>
 Fecha de acceso: julio de 2018

FIABILIDAD DEL TEST

● **Sensibilidad:** es la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en la prueba un resultado positivo.



Intervalo de confianza

99,1% - 100%

● **Especificidad:** es la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo



Intervalo de confianza

99,5% - 100%

especificidad se sitúa en el 99,8%, con un intervalo de confianza entre el 99,5 y el 100%, lo que significa que solo el 0,2% de las personas no infectadas por VIH obtuvieron un falso positivo.

Según estimaciones del Ministerio de Sanidad, en España hay entre 150.000 personas con VIH. 116.500 están tratadas, lo que reduce las posibilidades de transmisión del virus, pero el resto (un 18%) no sabe que está infectado. Es decir, una de cada cinco personas infectadas ignora que lo está. Además, el 46% de los diagnósticos que se hacen de VIH son tardíos. Para el doctor Moreno, estamos hablando de unos datos preocupantes que plantean dos inconvenientes: uno clínico, porque a la persona con VIH le van a seguir bajando las defensas, va a terminar desarrollando la enfermedad y será más complicado su tratamiento; y otro de salud pública, porque esa persona está transmitiendo la infección de forma inadvertida, que es la principal causa de la perpetuación de la enfermedad.

La venta del autotest es un intento de acabar con el que en este momento constituye el principal obstáculo para detener el avance del VIH en nuestro país: el desconocimiento de muchas personas de su condición de seropositivos. El objetivo es conseguir que todas las personas afectadas lo sepan lo antes posible para empezar su tratamiento de inmediato.

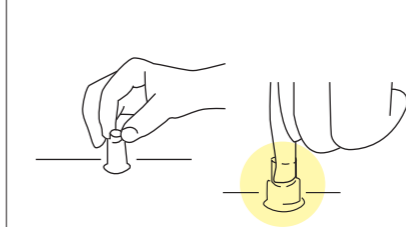
De esa manera, además salvaguardar su propia salud, se contribuye a disminuir la posibilidad de transmisión a otras personas y a reducir el número de diagnósticos tardíos entre los reacios a acudir a un centro de salud o una ONG por cuestiones de miedo o por deseo de preservar su intimidad a toda costa.

“Los tratamientos son altamente eficaces y permiten que la esperanza y la calidad de vida sean ya similares a la población general, pero para usarlos primero hay que diagnosticar la enfermedad”, señala Moreno. “El diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato, además del preservativo, son las claves para frenar la expansión del virus”, confirmaba en primavera Elena Andradás.

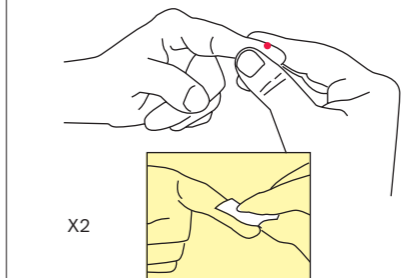


CÓMO FUNCIONA EL AUTOTEST

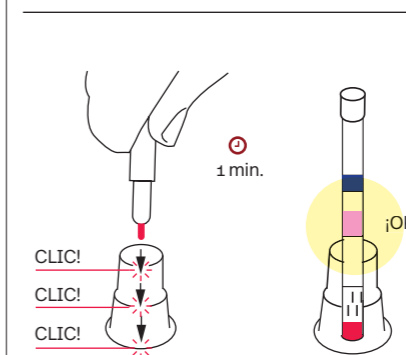
El test de autodiagnóstico incluye un dispositivo de prueba, el tapón sobre el que se realiza, una lanceta que sirve para hacer la punción y las toallitas higiénicas. Las instrucciones detalladas están incluidas en el propio Autotest.



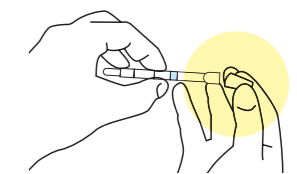
3 Introducir el tapón extraído del dispositivo de prueba con el dedo hasta el fondo del soporte, con la tapa de aluminio hacia arriba



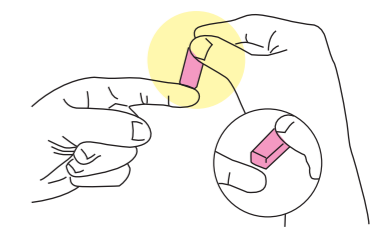
5 Apretar la yema del dedo con suavidad para sacar una primera gota de sangre (no válida para la prueba), y limpiar con la compresa.



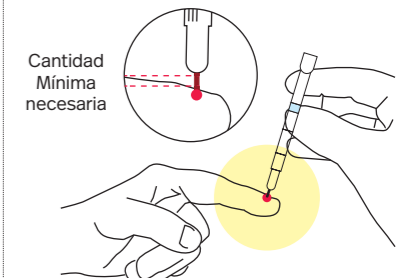
7 Introducir el dispositivo de prueba en el soporte. Primero, atravesar la tapa de aluminio, y después presionar con fuerza. Se percibirán tres puntos de resistencia. Menos de un minuto después, debe aparecer una marca rosa en el dispositivo que indica que la prueba es correcta.



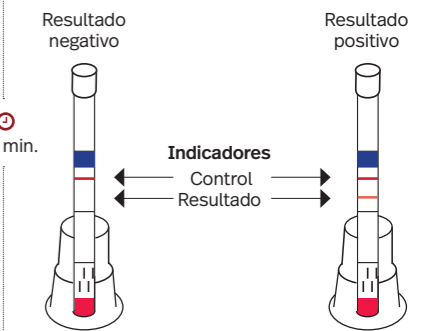
1 Quitar el tapón de la parte superior del dispositivo de prueba



4 Con las manos limpias y secas, colocar la lanceta de seguridad sobre el dedo y presionar con fuerza hasta sentir el pinchazo de la aguja.



6 Sobre la segunda gota de sangre se realiza la prueba. Colocar el dispositivo sobre ella con un ángulo de 90°, tocando la gota con la punta hasta que ésta se llene de sangre.



8 Si el resultado es negativo (seronegativo) no aparecerá una segunda línea debajo de la línea roja de control. Si el resultado es positivo (seropositivo), aparecerá una segunda línea roja, más o menos nítida, que indica el resultado. Los indicadores aparecen a los 15 minutos.

Íntimo, relativamente económico y fiable, pero con algunas pegas. Pros y contras del autotest del VIH

Las ventajas

A FAVORECE LA INTIMIDAD. “Estos test son cómodos para personas que no quieren usar las vías de diagnóstico habituales, como ir a su médico, hacerse pruebas en ONG o en otra serie de recursos que hay para hacerse pruebas rápidas”, afirma el presidente de GeSIDA, José Antonio Pérez Molina. “En determinados colectivos o comunidades, acercarse al médico no es una opción. La intimidad y la confidencialidad están salvaguardadas, pero en ciudades más pequeñas y pueblos no es fácil decirle al médico que quieres hacerte una prueba de VIH; sobre todo si crees que puede ser positiva”, añade Pérez Molina. Jorge Garrido, director de la ONG Apoyo Positivo, explica la oportunidad que puede suponer el test para muchas personas que temen visibilizar parcelas de su vida sexual y privada. “Pasa lo mismo con nuestras pruebas rápidas en las ONG, que, por diferentes motivos como el estigma o dar determinados datos de prácticas sexuales, suponen una barrera para mucha gente a pesar de ser una prueba anónima y con mayor cercanía”, señala Garrido. “Si la persona no se fía de su médico de referencia y en un hospital se puede encontrar a gente que le conozca, le viene bien tener una alternativa”, añade Juan Diego Ramos, dinamizador del grupo de VIH de la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB).

B AMPLÍA LAS OPCIONES DE TESTEO Y PERMITE EL ACCESO AL TEST A MÁS GENTE. Jorge Garrido, de Apoyo Positivo, lamenta que hay personas “a las que no se llega” con las estrategias actuales, refiriéndose en especial a los colectivos más vulnerables y a los entornos rurales. Para Garrido, el autotest es una forma recomendada por ONUSIDA y OMS de diversificar el testing y de facilitar más opciones, ya que “no todo el mundo puede ir a un centro de enfermedades de transmisión sexual o al de salud”. “Además, en algunos siguen solicitando la tarjeta sanitaria, lo que puede ser un nuevo obstáculo”, añade.

E NO NECESITA PRESCRIPCIÓN MÉDICA. “El hecho de poder adquirirlo en una farmacia sin tener que ofrecer explicaciones –señala Moreno– evita el inconveniente que limita a mucha gente a la hora de conocer su estado en relación con este virus”.

D ES FÁCIL Y RÁPIDO. El autotest ofrece resultados en tan sólo 15 minutos. Viene con todo tipo de instrucciones, tan sencillas como un test de embarazo convencional. Para dudas, pone a disposición un teléfono de consulta.

E DIAGNÓSTICO ALTAMENTE FIABLE SIEMPRE QUE SE RESPETEN LOS TIEMPOS DEL PERIODO VENTANA. Si el resultado es negativo, prácticamente excluye a quien se lo realiza de estar infectado por VIH. Si es positivo, es importante confirmarlo con una prueba de certeza realizada en un laboratorio clínico. “No obstante, estaríamos hablando de un 99% de especificidad y sensibilidad”, señala Santiago Moreno. “En cuanto al falso negativo –puntualiza–, se debe saber que la única causa por la que se podría dar es que la prueba se realice demasiado pronto en el tiempo y que no haya dado lugar a que la persona infectada desarrolle los anticuerpos de la infección del VIH. Es lo que llamamos el periodo ventana, y es imprescindible dejarlo pasar para obtener un resultado fiable.”

F ARROJA LUZ, facilita a las personas que no lo sabían someterse antes al tratamiento e insiste en el diagnóstico precoz, la que Garrido califica como “la parte más importante actualmente en España en la prevención del virus”. De este modo, la persona con VIH incrementa sus posibilidades de tener el virus a raya y una buena calidad de vida. “La tasa de infección no diagnosticada en nuestro país sigue siendo alta. Casi la mitad de pacientes diagnosticados en nuestro país se diagnostica tardíamente, lo que es tan malo para el paciente, porque influye negativamente en su pronóstico a largo plazo, como para la sociedad, porque su cuidado va a ir peor, va a ser más costoso y esa persona va a transmitir su infección sin querer. Por ello, cualquier oportunidad que les demos a esas personas para testarse es una oportunidad de hacer un diagnóstico precoz”, señala Pérez Molina.

E ES UN AVANCE EN LÍNEA CON LAS NUEVAS TENDENCIAS DE VENTA, QUE FOMENTAN EL AUTOSERVICIO Y EVITAN A LOS MEDIADORES. “Constituye un primer paso –de los muchos que se están dando en innovación sanitaria, tanto a nivel médico como de dispositivos– hacia nuevos territorios como equipos de vending, para comprar sin ningún intermediario” explica Garrido.

Los inconvenientes

A ES UNA PRUEBA DE TERCERA GENERACIÓN, QUE PARA SER FIABLE DEBE HABERSE PASADO EL ‘PERIODO VENTANA’. “Las pruebas de tercera generación detectan un gran número de anticuerpos del VIH, pero solo anticuerpos, y se hacen positivas a partir del periodo ventana. Hay pruebas de cuarta generación que detectan anticuerpos y antígenos del VIH, lo que hace que sean positivas de modo más rápido”, explica Moreno. “Son pruebas ventajosas, no se puedan utilizar para descartar exposiciones a VIH muy recientes. Es decir, no sirven para saber si he contraído el virus tras una relación porque necesitan un tiempo mínimo de infección para dar positivo. Al ser de tercera generación, el período ventana es un poco más largo que el de las pruebas que se utilizan de cuarta generación, que son las que se usan en hospitales y en algunos de los test rápidos no autoadministrados. Así, si uno se ha infectado en el último mes, el autodiagnóstico puede salir negativo”, aclara José Antonio Pérez Molina.

B EL VIH ES UN DIAGNÓSTICO GRAVE QUE DEMANDA UN ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO. “No conviene dejarlo en manos de una máquina. Jorge Garrido puntualiza: “Está claro que se va hacia un autodiagnóstico, sobre todo ahora que se ha cronicado la enfermedad, se han reducido las dudas a la hora de explicar el funcionamiento del virus y se ha simplificado el tratamiento. Pero el momento del diagnóstico continúa siendo crucial. Solamente en Apoyo Positivo testamos a más de 5.500 personas anualmente. Eso nos permite ver lo importante que es cómo las personas viven los primeros momentos de la infección”. Ferran Pujol, de la ONG Hispanosida, que dirige el centro BCN Checkpoint, cree que el diagnóstico del VIH es lo suficientemente grave como para que lo dé alguien preparado. El coordinador del Plan Antisida del País Vasco, Daniel Zulaika, comparte su opinión: “No son unas pruebas como las de los embarazos o la glucosa. El del VIH no es el test más adecuado para autoadministrárselo uno; ni tiene la misma trascendencia ni una carga emocional tan fuerte”.

E EL DISPOSITIVO SE PUEDE CONVERTIR EN UN MÉTODO RECURRENTE PARA DESCARTAR PELIGRO DE INFECCIÓN TRAS UNA PRÁCTICA DE RIESGO, así como un espacio de “obsesiones” para gente que ya tiene problemas en la gestión de su salud sexual. “No es una prueba para testar cada relación, ni una excusa para tenerlas sin protección”, avisa Santiago Moreno.

D EL COSTE DEL TEST. Divide a quienes creen que discrimina a los sectores con menos medios económicos (especialmente a colectivos vulnerables y jóvenes, porque su precio no es un gasto asumible para los bolsillos de colectivos en riesgo de exclusión social) y a los que consideran que lo económico no es una traba, dado que el sistema sanitario español brinda múltiples formas de hacerse la prueba de forma gratuita. Iosu Azqueta, responsable del Área de Prevención de la ONG Apoyo Positivo asegura: “Estamos hablando de un problema de salud pública, y debería ser gratuito”. Al cobrar, añade, se introduce un factor de distorsión. “Si la prueba se vende, se produce una discriminación hacia quienes tienen menos medios, y eso disminuye su capacidad para decidir”. “El precio no lo considero un inconveniente. Si fuera la única manera de hacerse la prueba del VIH en España, podía resultar una barrera para muchas personas, pero hoy en día el acceso a una prueba del VIH es universal, sea a través de un médico de cabecera o de cualquier otro recurso del sistema sanitario, en ONG, asociaciones de inmigrantes, de personas LGTB...”, asegura Pérez Molina. Quien añade: “Incluso algunas personas utilizan el recurso de la donación de sangre, que es una forma también confidencial de hacerse la prueba”.

E LOS PROPIOS RECURSOS FARMACÉUTICOS. Por dos motivos principales. Uno, la confidencialidad, pues hay farmacias en ciudades pequeñas o en barrios que son espacios conocidos para muchas personas, con el estigma que puede conllevar. Y dos, la preparación para gestionar dudas en todo el proceso, desde el modo de hacer la prueba hasta la manera de afrontar un posible positivo si la persona acude tras hacerse el test. “Es muy importante la formación continuada y la coordinación con los recursos de farmacia comunitaria, especialmente desde las entidades sociales que trabajamos en ello, ya que somos especialistas en asesoramiento y atención de la diversidad. Esos mismos recursos nos manifiestan sus miedos y negativa al abordar asuntos de salud sexual o VIH”, afirma Garrido.

F EL TEST SUPONE UN ‘PERO’ DE CARA AL ‘LINK TO CARE’, esto es, vincular a los pacientes con la atención y el tratamiento. “Aunque el envase incluye teléfono de contacto, puede ser una circunstancia que complique la vinculación con el diagnóstico y el comienzo del tratamiento, pues no olvidemos que esto es un screening, cuando buscamos cada vez más recursos que se ajusten al modelo de ‘un paso’: cribado-diagnóstico-tratamiento”, resalta Garrido.



PERFIL

María José Galindo ha sido presidenta de Seisida desde 2016 hasta este año. Jefa de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Valencia desde 2013, ha estado relacionada con el VIH tanto desde el punto de vista médico como de movimiento social.

Es miembro de la Sociedad Valenciana y Española de Medicina Interna, de la Sociedad Valenciana de Hipertensión, de la Asociación Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, de la Sociedad Valenciana de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y de Gesida, del grupo VACH (Grupo de estudio de cohortes VIH) y del grupo GEAM (Grupo de Estudio de Alteraciones Metabólicas). Ha participado en la elaboración de guías nacionales sobre el tratamiento antirretroviral, alteraciones metabólicas, patología psiquiátrica, nutrición, patología propia del VIH, profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional, patología relacionada con el VIH.



María José Galindo: “Aún falta tiempo para que la prueba de VIH se convierta en un método diagnóstico rutinario más como sucede en la hepatitis B o C”

María José Galindo trabaja con personas con VIH desde 1997. Activa y activista, cree que aún queda mucho por hacer para acabar con la cadena de infecciones, mejorar la calidad de vida de los pacientes y eliminar el estigma. Ha sido presidenta de Seisida desde 2016 hasta este mismo año. Acaba de dejarlo tras un intenso periodo repleto de proyectos.

¿Cuáles son las principales actividades de SEISIDA y cómo se ha adaptado a los tiempos?

R: Seisida es una sociedad multidisciplinar que aborda el VIH desde todos los puntos de vista y con todos los actores implicados. La componen clínicos, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería... cuyo objetivo es mejorar la vida de los pacientes. Para abordar una enfermedad como ésta, no te pue-

des quedar sólo con una visión estrictamente médica. Hay una parte legal para mejorar aspectos como el estigma o la visibilidad, hay una parte de cuidados en la que el trabajo de los enfermeros es fundamental... Seisida nació en 1988, durante los momentos más duros de la epidemia, sufrió un bache durante un tiempo determinado y luego se reactivó con fuerza. Quizá su actividad más visible son sus congresos y reuniones, en los que se abordan contenidos diferentes a los que se suelen tratar en los congresos de Gesida, por ejemplo, que está integrada únicamente por médicos. Tenemos puntos convergentes, somos complementarios, pero nuestro abordaje es diferente. Además, organizamos proyectos de formación y de calidad de vida porque, como decía, nuestro objetivo fundamental es mejorar la vida de las personas que viven con VIH. También colaboramos estrechamente con las ONG, con la administración o con otras sociedades científicas para crear puentes entre todos. Este año nuestro lema ha girado en torno al diagnóstico precoz. El año pasado versó sobre la hepatitis C y el VIH, se habló mucho de enfermedades de transmisión sexual. El año que viene probablemente nos enfocaremos en el envejecimiento de las personas que viven con la infección.

¿Es necesario girar hacia este enfoque colaborativo para mejorar la vida de los

pacientes?

R: Si el modelo sanitario general está cambiando para centrarse más en el paciente, en el caso de las personas que viven con VIH este giro es mucho más importante. Hasta ahora, los que hemos tratado a los pacientes somos sólo los médicos de hospital porque lo fundamental era controlar el virus. Ahora, con el envejecimiento de la población infectada, aparecen comorbilidades como diabetes, hipertensión o tumores, enfermedades que deben ser tratadas por especialistas. No se habla mucho del papel del personal de enfermería, que no es experto en VIH, y que resulta fundamental a la hora de tratar a los pacientes y ayudarles en su adherencia para afrontar la enfermedad. O el de los psicólogos. Esto demuestra que sí, efectivamente, hay que abordar la enfermedad desde un punto de vista multidisciplinar.

¿Qué importancia tiene el abordaje interdisciplinar en la detección precoz?

¿Qué papel juegan los médicos de Atención Primaria?

R: El diagnóstico es otra cuestión diferente. El problema es que hay diferentes niveles de conocimiento del riesgo. Ciertos colectivos saben que tienen prácticas de riesgo y suelen acudir a determinados centros, como muchas ONG, para someterse a pruebas de serología. Pero, luego, hay un porcentaje muy importante de

población que no contempla la percepción de ese riesgo. Lo que los datos epidemiológicos españoles nos revelan es que casi la mitad de las personas que se diagnostican lo hacen tarde. Y los que más tarde conocen su situación son las mujeres y hombres heterosexuales. Es cierto que donde más incidencia tiene el VIH es en el colectivo de hombres que tiene sexo con hombres, pero normalmente esta comunidad sabe dónde acudir. Los heterosexuales normalmente no van a los centros de ETS, pero sí suelen frecuentar los centros de Atención Primaria. Y es ahí donde los médicos necesitan formación para sentirse seguros a la hora de solicitar la prueba y para poder informar a los pacientes de forma adecuada. En Seisida hemos desarrollado un proyecto de formación con equipos de Atención Primaria: se ha elaborado un material para informar de cómo interactuar con los pacientes y cómo se puede abordar el diagnóstico disminuyendo al máximo el estigma y la discriminación. En Primaria hay muchos profesionales que trabajan muy bien, pero no ven el VIH como algo prioritario. En breve, presentaremos los resultados de este proyecto, que pondrá de manifiesto que la formación sirve para mejorar el diagnóstico precoz y la asistencia a los pacientes. El tratamiento de personas que viven con VIH también ha de ser multidisciplinar. Al principio de la epidemia el VIH se quedó en el hospital, y la verdad es que cuesta salir de ahí. Es cierto que los fármacos los tenemos que manejar nosotros, pero no podemos abordar programas de detección de diabetes, tratar la hipertensión, valorar riesgos cardiovasculares... Y, ahora que vemos a los pacientes cada seis meses en las consultas, es imposible poder atender de forma adecuada todos sus problemas de salud.

Ya en 2016 Seisida organizó la reunión

monográfica e interdisciplinar 'Buscando oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH'. ¿En qué se ha avanzado desde entonces?

R: Se han puesto en marcha iniciativas desde el ministerio y desde los Planes de Salud de cada comunidad autónoma, se han elaborado unas guías a nivel nacional, que son las que se están intentando implementar... Pero se ha de hacer un esfuerzo por difundirlas, ya que hemos detectado que en Primaria prácticamente ni se conocen. Es cierto que el ministerio emprendió un programa piloto para implementarlas en determinados



«La sociedad no sabe que si una persona se mantiene indetectable apenas hay posibilidades de transmitir la enfermedad. Por eso es tan importante que llegue la campaña 'indetectable = intransmisible'»

centros de salud, y esos datos ya están saliendo a la luz. Pero se necesita más difusión. Como he comentado, Seisida está trabajando en reforzar el mensaje de que se necesita formar a los profesionales de Atención Primaria. Los cursos de formación han demostrado que los médicos se sienten más seguros ofertando la prueba y ya pueden responder dudas cuando sale positiva. Pero también tengo que decir que aún falta tiempo para que la prueba de VIH se convierta en un método diagnóstico rutinario más

como la de la hepatitis B o C.

La venta del test rápido en farmacias, ¿aumentará el número de diagnósticos?

R: El autotest es una herramienta más que puede venir muy bien a esas personas que no acuden a una ONG o a un centro de ETS. Pero es importante que los farmacéuticos reciban la formación adecuada para poder atender y derivar a las personas si el resultado es positivo. Los canales están muy claros cuando el virus se detecta en una ONG o en un centro de ETS, pero con las farmacias aún está por describir. Sé que algunos colegios farmacéuticos ya han tomado una serie de iniciativas en este sentido, pero debe ser algo generalizado. El profesional ha de estar preparado para cuando la prueba salga positiva, para no juzgar y proporcionar la información adecuada. Porque de eso va a depender que el paciente se ponga en contacto con las instituciones sanitarias, se trate cuanto antes y no se quede aislado.

Y así como es importante formar a los especialistas, ¿también habría que formar e informar a la sociedad?

R: Ya no hay campañas con tanto calado como aquellas de Si-Da No-Da. Habría que hacer un esfuerzo por informar a las personas a través de los nuevos medios: internet, redes sociales... Las cosas han cambiado respecto a la enfermedad y la gente no lo sabe. No sabe, por ejemplo, que, si a una persona se le diagnostica rápido e inicia el tratamiento en seguida, su sistema inmune no se deteriora tan profundamente como cuando se retrasa el inicio del tratamiento, y tiene menos riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares o problemas renales que sí hemos observado en personas con VIH independientemente de sus CD4. La sociedad no sabe que si una persona se mantiene indetectable apenas hay posibilidades de transmitir la enfermedad. Por eso es tan importante que llegue la campaña 'indetectable=intransmisible'. Y es fundamental que se hable de esto no sólo en el Día Mundial del Sida o cuando

surge un nuevo medicamento.

El lema de la reunión de Seisida de mayo de 2018 es 'Cero transmisiones del VIH en España. ¿Para cuándo?' ¿Hay respuesta a ese 'para cuándo'? ¿Veremos en el futuro el control de la enfermedad?

R: Como hemos hablado, la cifra de cero transmisiones se conseguiría antes si se diagnostica precozmente, si se educa en prácticas de riesgo a adolescentes y personas mayores, si se sigue trabajando en la profilaxis pre y pos-exposición... Ya sabemos perfectamente cuáles son las vías de transmisión para cortar la cadena. En la actualidad, los fármacos permiten llevar una vida muy cómoda: se toman una o dos pastillas al día, que tienen muy pocos efectos secundarios, y las personas se controlan en consulta. El futuro próximo pasa por una pastilla cada cuatro-ocho semanas, o incluso más tiempo. Además, se está trabajando en vacunas tanto terapéuticas como preventivas. Es complicado aspirar a una erradicación de la enfermedad, pero si conseguimos parar las infecciones tampoco es un imposible. Con el objetivo 95-95-95, marcado por ONUSIDA para 2030, se podría tener controlada la enfermedad, aunque ya digo que es muy difícil de conseguir.

¿Qué percepción cree que tiene la sociedad sobre la enfermedad?

R: Las personas no tienen la misma percepción de riesgo que hace años. Ahora, es una enfermedad crónica: es cierto que no te mueres por tener VIH, pero te puede complicar mucho la vida. Una prueba de que la gente joven no le teme tanto es que cada vez se detectan más enfermedades de transmisión sexual. La gente joven es el sector con más infecciones, por lo que ha de ser el target al que se debe llegar. Está claro que algo estamos haciendo mal si en los últimos años sigue habiendo casi el mismo número de infecciones. Es fundamental trabajar en salud sexual y reproductiva y en prevención. Se están tomando medidas, poniendo en marcha planes desde las distintas comunidades autónomas,

pero obviamente no es suficiente para disminuir el número de infecciones. La discriminación es otro de los aspectos en los que hay que trabajar. El estigma continúa presente: no se puede decir que se tiene VIH de la misma forma que se confiesa una hepatitis. Hoy en día, a diferencia de hace años, en la sala de espera de un hospital no podrías identificar qué personas tienen VIH y cuáles no. Hacen vida normal, las mujeres tienen hijos libres de VIH si el paciente se mantiene indetectable de forma mantenida. Respecto a las mujeres, según un estudio de Seisida, ellas son las grandes olvidadas en las políticas de respuesta a la infección en España. Sí, las mujeres somos las grandes olvidadas en muchos aspectos de la vida, y en éste también. El 80% de los infectados es hombre y, por eso, todas las iniciativas van dirigidas a ellos. Las investigaciones sobre mujeres con VIH se han centrado, sobre todo, en aspectos relacionados con el embarazo y la transmisión de la infección, con los anticonceptivos... y poco más. En Seisida hemos participado en el proyecto europeo SHE, en el que el lema era 'Mujeres fuertes, empoderadas, VIH positivas'. Parte de este proyecto se dirige al personal sanitario que interviene en el cuidado a mujeres infectadas para que conozca mejor la situación. Otra parte está dirigida a pacientes: se crearon grupos de pares, mujeres expertas en VIH, para empoderar a este colectivo. Ahora, también, se está trabajando en otro proyecto sobre el envejecimiento de las mujeres que viven con el virus. La realidad es que se invierte poco en mujeres con VIH porque parece que es una población con menor incidencia y sobre la que no hay que trabajar. Pero tenemos que esforzarnos más, concienciar a los profesionales y a la sociedad de las particularidades de este colectivo de mujeres, que tienen muchas más barreras para cuidarse a sí mismas, suelen tener a su cargo hijos y familias, tienen peores horarios, lo que les dificulta el acceso al sistema sanitario, o sufren en mayor medida depresión y ansiedad respecto a las mujeres no infectadas.

«Es necesario formar a los médicos de Atención Primaria para que se sientan más seguros a la hora de solicitar la prueba del VIH»

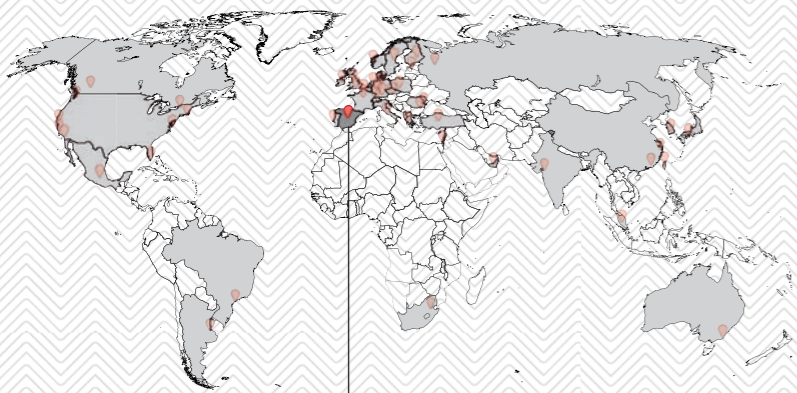
«Algo estamos haciendo mal si en los últimos años sigue habiendo casi el mismo número de infecciones»

«Las mujeres con VIH son las grandes olvidadas: la realidad es que se invierte poco en mujeres con VIH porque parece que es una población con menor incidencia»

Con varios fármacos que han revolucionado el mercado, 900.000 euros en becas para fomentar la investigación biomédica y diversos premios a su labor, Gilead sigue comprometido en curar y aliviar el sufrimiento de las pacientes, así como en convertirse en un socio de confianza para el sistema sanitario.

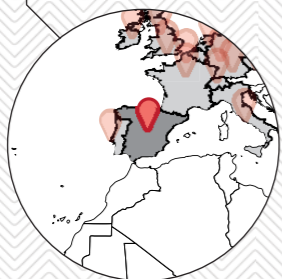
GILEAD EN ESPAÑA

Biotecnología para cambiar vidas



GILEAD SCIENCES ESPAÑA

- Fundada en 1994
- 46 sedes en todo el mundo
- 21 sedes en toda Europa
- Sede central: Foster City, California



Una de las señas de identidad de Gilead es su compromiso con la investigación, el desarrollo y la comercialización de medicamentos y terapias enfocadas a la eliminación de enfermedades que representan un importante problema de salud pública a nivel mundial. Lo que en el sector se denomina “áreas médicas con necesidades todavía no cubiertas”. Entre ellas, la hepatitis C y el VIH. Su objetivo principal, por tanto, con cada uno de los productos que desarrolla es mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren estas graves enfermedades. Desde su creación en 1987, nuestra compañía ha sido pionera en el lanzamiento de fármacos innovadores con los que ofrecer esperanza a miles de pacientes.

Gilead tiene su sede central en Foster City, California, y opera en América del Norte, Europa y Australia. A España llegó en 1994. La sede de Madrid nació con el propósito de ofrecer y mantener el alto nivel de calidad de la empresa matriz en el nuevo entorno de la comunidad médica española. En línea con los valores corporativos de compromiso y transparencia, Gilead España está adherida al Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica, aprobado por Farmaindustria, y apoya a numerosas organizaciones benéficas mediante la concesión de becas de formación sin restricciones.

El verdadero valor de los medicamentos

En 2017 Gilead cumplió treinta años. La ocasión era el momento idóneo para celebrar que la hepatitis C es una enfermedad en remisión que se cura, en parte,

gracias a sus terapias. Pero también para celebrar la apuesta de la compañía por la investigación, la búsqueda de una cura para el VIH y la oncología.

“Nuestro compromiso con el VIH es casi nuestra historia. Una de las cosas que nos caracteriza como compañía es que no abandonamos una patología mientras haya necesidades médicas no cubiertas. En el VIH estamos trabajando en la curación y tenemos una línea clara. Es difícil, pero la compañía cree que ocurrirá”, señala María Río, directora general de Gilead en España. **“Estamos en pocos campos, pero en los que estamos intentamos transformar esas áreas. Lo hemos hecho en VIH, y claramente también en hepatitis C. Desde luego, hay un área crítica como es la oncología donde la compañía busca esa transformación.** Si hay algo que lo puede conseguir es la terapia celular. Es el gran camino, el futuro más prometedor, y Gilead ha querido estar ahí”, añade.

“En Gilead, la innovación está en nuestro ADN. Nuestros recursos, tanto humanos como económicos, están dirigidos a investigar, desarrollar y comercializar fármacos que permitan transformar la vida de los pacientes que sufren enfermedades hepáticas, oncológicas y VIH, entre otras”, explica María Río. “Nuestro compromiso también está en mejorar el acceso de los pacientes a los tratamientos, para lo que contamos con programas específicos de acceso, así como otras iniciativas de colaboración con las administraciones públicas para la mejora del sistema sanitario”, subraya.

Compromiso con la innovación

Gilead es una compañía fundada por científicos y eso es algo que se detecta en el día a día de la compañía. En este

sentido, en España, ha multiplicado su inversión en este apartado con el objetivo de encontrar las soluciones adecuadas. Quizá el apartado más interesante es el desarrollo de ensayos clínicos, una parte fundamental en el desarrollo de un producto y que permite a los clínicos ser un elemento fundamental de todo el proceso: “estamos orgulloso del incremento de los ensayos en nuestro país y esperamos poder aumentar su número en breve. Hoy en día más de 300 centros de toda España colaboran en la realización de estos ensayos”, indica María Río, vicepresidenta y directora general de Gilead en España.

Otro aspecto directamente ligado con la innovación es la colaboración con aquellos actores que son parte fundamental del proceso de I+D. Así, Gilead es patrono de la Fundación FIPSE desde los inicios, ya que “consideramos que se trata de una plataforma adecuada desde la que abordar los retos a los que se enfrenta el sistema sanitario”. Más recientemente, la compañía entró a formar parte de Cotec, una fundación dedicada a impulsar la innovación como motor de desarrollo económico y social de España: “Sabemos que acompañados llegaremos mucho más lejos que solos, por lo que siempre buscamos los mejores compañeros de viaje”, indica María Río.

Quizá uno de los proyectos más relevantes son las Becas Gilead a la Investigación Biomédica. Las becas Gilead tienen por objeto fomentar el desarrollo de la investigación asistencial en España en hepatitis, VIH y oncología mediante el impulso de nuevos proyectos de investigación que resulten beneficiosos para los pacientes y para la sociedad. “El Programa de Becas Gilead a la Investigación Biomédica ha desempeñado un papel fundamental para garantizar el acceso

«Nuestro compromiso con el VIH es casi nuestra historia. Una de las cosas que nos caracteriza como compañía es que no abandonamos una patología mientras haya necesidades médicas no cubiertas. En el VIH estamos trabajando en la curación y tenemos una línea clara. Es difícil, pero la compañía cree que ocurrirá»



María Río

Vicepresidenta y Directora General de Gilead en España



«El diagnóstico precoz y la prevención son asignaturas pendientes en el abordaje del VIH y el sida. Es necesario destacar la importancia de la I+D en nuestro país. Siempre son bienvenidas iniciativas como las becas Gilead»



José Antonio Pérez Molina
Presidente de GESIDA



1/2 Entrega de las V Becas Gilead a la investigación biomédica.
3 Renovación del convenio de colaboración de las Becas Gilead a la investigación biomédica del año 2017.

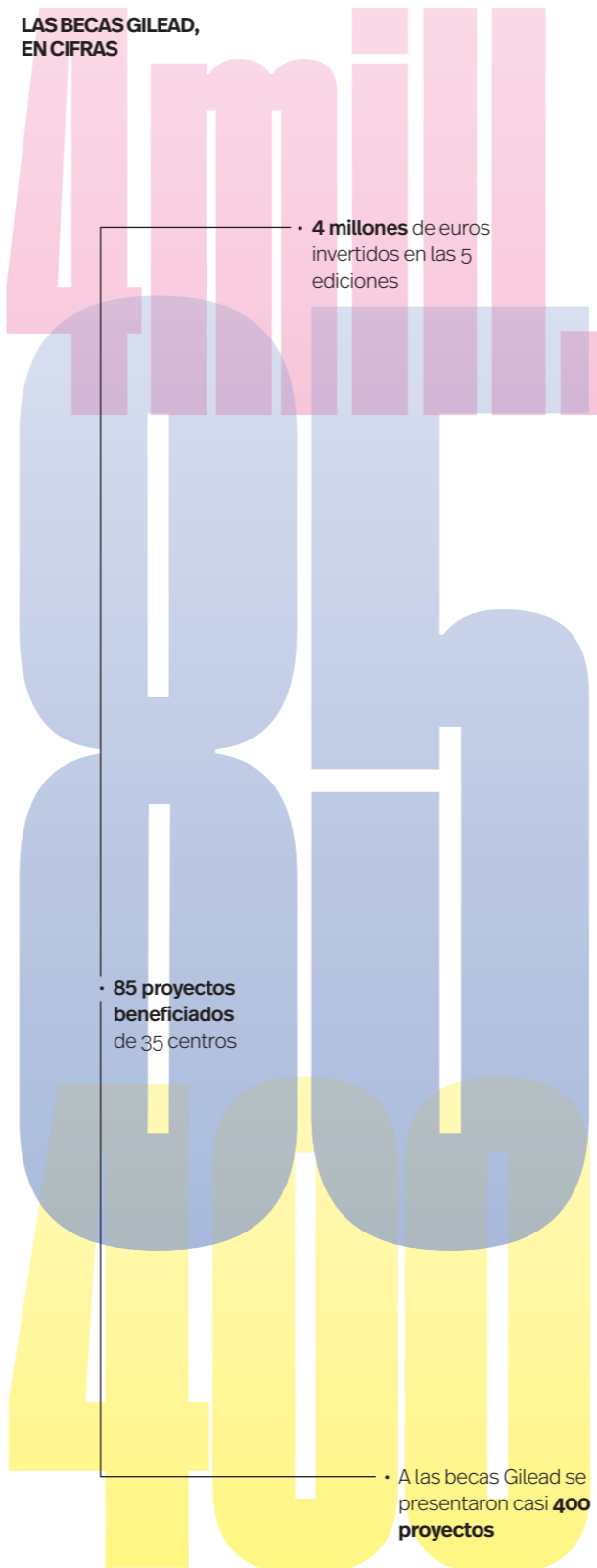
de algunos investigadores a fondos con los que desarrollar sus proyectos”, señala María Río.

En las cinco ediciones se han invertido alrededor de 4 millones de euros, lo que le consolida como uno de los principales certámenes. En este sentido, se han recibido casi 400 proyectos de los que se han financiado 85 de 35 centros.

Un aspecto importante es la colaboración con el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), que es el encargado de toda la revisión científica y garantiza los más altos estándares de calidad. Además, el programa cuenta con la colaboración y respaldo de las principales sociedades científicas de VIH, enfermedades hepáticas y hematología y hemoterapia. “El

programa Gilead Fellowship surgió en nuestro país con un claro objetivo: fomentar la investigación en centros asistenciales sanitarios de España en áreas terapéuticas de gran relevancia”, explica María Río. Para ello, la colaboración del Instituto de Salud Carlos III y las asociaciones científicas es fundamental para garantizar la excelencia del certamen”, añade. José Antonio Pérez Molina, presidente de GESIDA, incide: “El diagnóstico precoz y la prevención son asignaturas pendientes en el abordaje del VIH y el sida. Es necesario destacar la importancia de la I+D en nuestro país. Siempre son bienvenidas iniciativas como las becas de Gilead”.

LAS BECAS GILEAD, EN CIFRAS



Reconocimientos made in Spain

● La carrera de Gilead en nuestro país no ha pasado desapercibida en los jurados de los premios nacionales más prestigiosos. En noviembre de 2017, Gilead fue premiada por su innovación en la final española de premios QIA ('Quality Innovation Award'), que entrega en España la Asociación Nacional de Centros de Excelencia (CEX).

Ese mismo mes, Gilead Sciences recibió también el premio a la mejor pyme en la XI edición de los premios Madrid Excelente a la Confianza de los Clientes, que otorga el Gobierno de la Comunidad de Madrid, por su gestión y orientación al cliente. Con este reconocimiento, el gobierno regional apoya a las empresas que orientan su gestión hacia los clientes, contribuyendo a la mejora de su satisfacción

para garantizar su continuidad y éxito, así como para mejorar su competitividad. En el acto de entrega, María Río dijo que el premio “es un reconocimiento a la labor diaria de todos los que conformamos la compañía, un impulso para seguir investigando y desarrollando nuevos productos que mejoren la vida de los pacientes”. “Nuestra apuesta por la innovación y la excelencia es constante para poder ofrecer el mejor trato y servicio a la comunidad científica, los pacientes y la sociedad en general”, añadió.

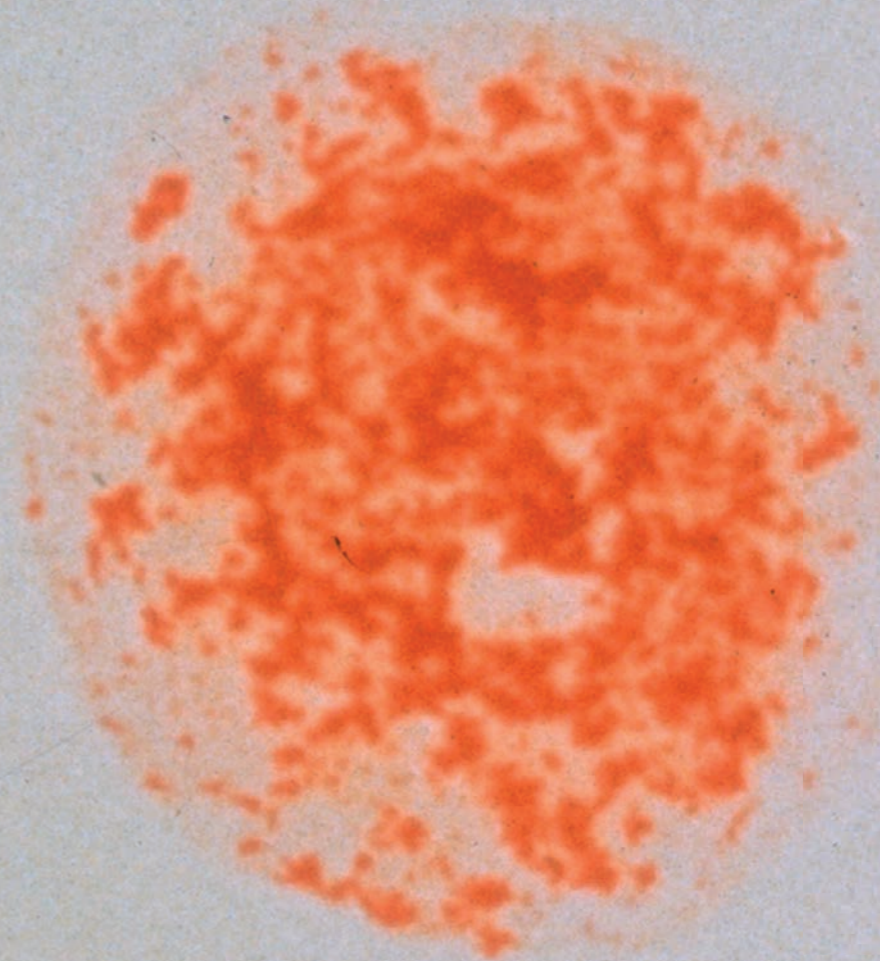
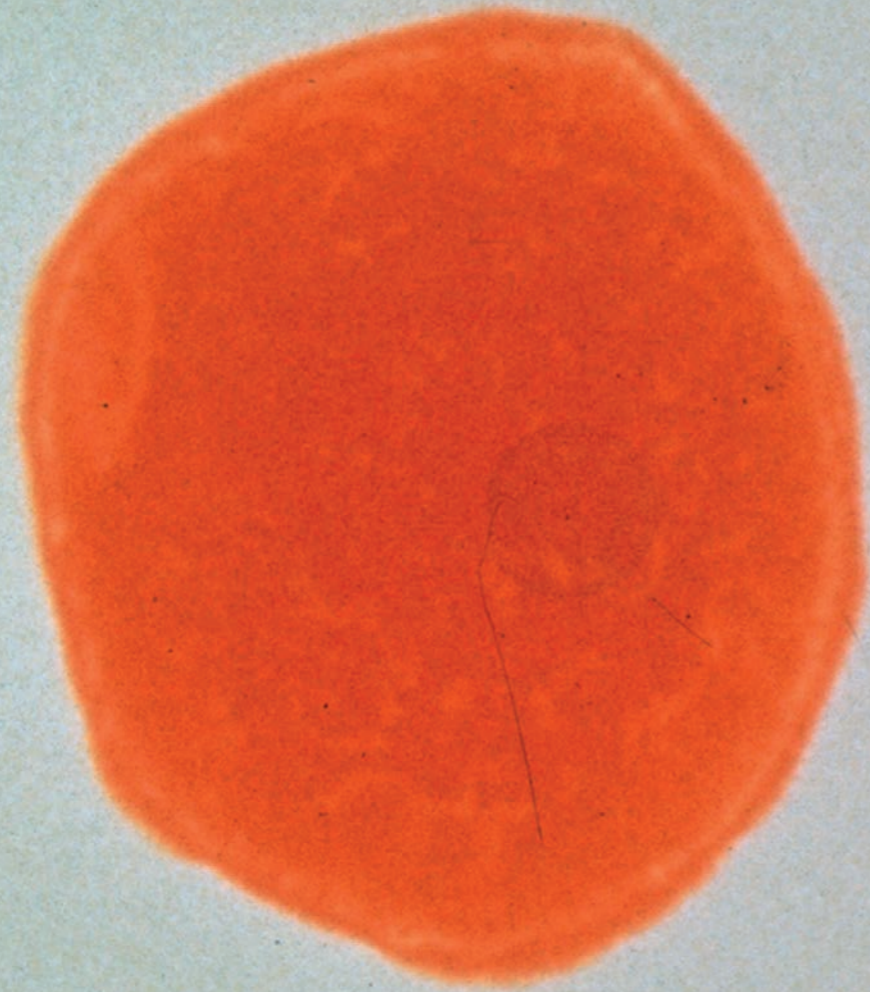
● En 2016, Gilead Sciences recibió el sello Madrid Excelente por su apuesta por la innovación, la mejora continua en su gestión y la contribución activa al desarrollo económico y social de la región.



COMPAÑEROS DE VIAJE

Gilead forma parte de **Cotec** y la **Fundación Fipse** como muestra de su compromiso con la innovación en nuestro país.





Los no diagnosticados, principal foco de nuevas infecciones

En un momento en el que la enfermedad ha pasado a considerarse crónica, uno de los principales retos actuales en la lucha para la erradicación del VIH es la detección precoz. Ésta es una estrategia fundamental para combatir la complacencia en la que están sumidos algunos países y la desinformación que campa en muchos otros debido a la falta de campañas de concienciación y de financiación para llevar a cabo nuevas acciones. Las personas no diagnosticadas infectadas por el VIH son uno de los principales focos de infección, si no el más importante.

Para prevenir el diagnóstico tardío y acercarse cada vez más al objetivo 90-90-90 marcado por la ONU para el año 2020,

es clave la concienciación de los grupos de riesgo para reducir las transmisiones y el contagio. Muchos expertos apuestan por los cribados rutinarios o la facilitación del acceso a la prueba del VIH. “Reducir la proporción de diagnósticos tardíos es una tarea compleja que debe involucrar a diferentes actores del sistema sanitario. Significa facilitar el acceso a la prueba, implicar a los médicos de Atención Primaria, desdramatizar la realización de la prueba y ofrecer apoyo a las organizaciones comunitarias, entre muchas otras cosas”, dice Vicente Estrada, Jefe de la Sección de Medicina Interna e Infecciosas del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Los beneficios de aumentar los porcentajes de las personas con VIH que tienen conocimiento de su estado serológico son numerosos y requieren un compromiso

global. Se estima que, dependiendo de las regiones geográficas, entre un 20 y un 70% de las personas infectadas por VIH desconoce que esté infectado. “Estas personas son el principal foco de nuevas infecciones”, asegura Ignacio Pérez Valero, médico internista especialista en VIH del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

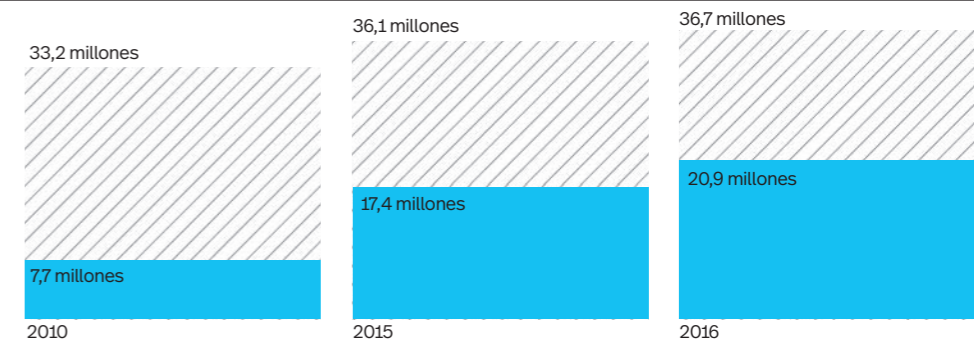
Michael Meulbroek, presidente de Proyecto dels NOMS-Hispanosida y asesor de tratamiento y educador del programa INFOTRAT apunta cuatro generaciones diferenciadas de pacientes con VIH. La primera logró sobrevivir a la oleada inicial del virus cuando no existía aún ningún tratamiento eficaz. Su fragilidad les impedía seguir trabajando y sus redes sociales eran más pequeñas. A la segunda generación se le detectó el virus cuando los primeros tratamientos eficaces



Acceso de pacientes con VIH a terapia antirretrovírica

TOTAL MUNDIAL
CON ACCESO A TAR

HOJA INFORMATIVA
ONUSIDA 2017



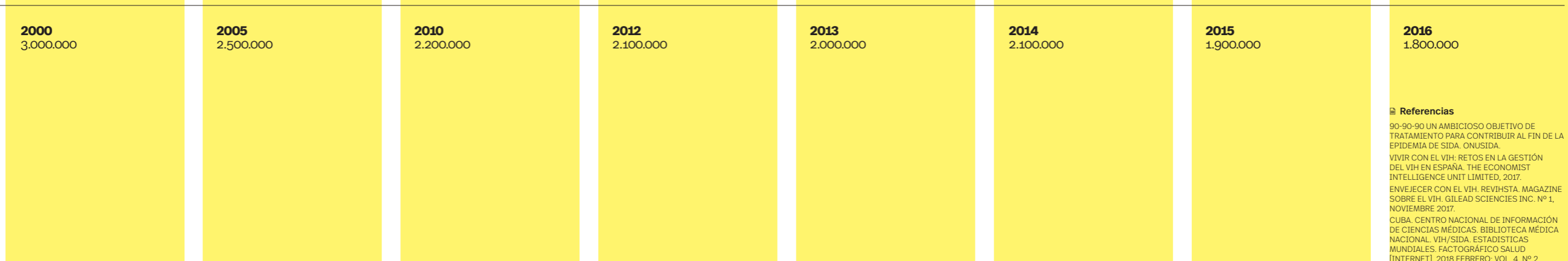
empezaron a usarse, pero tuvo que lidiar con una toxicidad considerable y efectos secundarios que se tradujeron en problemas de salud que aún sufren a día de hoy. La tercera generación fue diagnosticada durante un periodo de tratamientos eficaces y fáciles de tolerar. Su esperanza de vida es casi tan buena como la de una persona sin VIH. “La cuarta generación está formada por aquellos que todavía no están infectados, pero que tienen grandes posibilidades de ser diagnosticados tras un periodo relativamente corto de infección, y empezar así el tratamiento de inmediato y experimentar un proceso de envejecimiento similar al de la población general. En esta generación es más clave que nunca la detección precoz para evitar la propagación de la enfermedad”.



Total de nuevas infecciones de VIH

2000-2016

HOJA INFORMATIVA
ONUSIDA 2017



Referencias

90-90-90 UN AMBICIOSO OBJETIVO DE TRATAMIENTO PARA CONTRIBUIR AL FIN DE LA EPIDEMIA DE SIDA. ONUSIDA.
VIVIR CON EL VIH: RETOS EN LA GESTIÓN DEL VIH EN ESPAÑA. THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED, 2017.
ENVEJECER CON EL VIH. REVISTA. MAGAZINE SOBRE EL VIH. GILEAD SCIENCES INC. Nº 1, NOVIEMBRE 2017.
CUBA. CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS. BIBLIOTECA MÉDICA NACIONAL. VIH/SIDA. ESTADÍSTICAS MUNDIALES. FACTOGRÁFICO SALUD [INTERNET]. 2018 FEBRERO; VOL. 4, Nº 2

En el mundo

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), 2017. UNAIDS DATA. GLOBAL AIDS MONITORING 2018. INDICATORS FOR MONITORING THE 2016 UNITED NATIONS POLITICAL DECLARATION ON ENDING AIDS. HIV/AIDS SURVEILLANCE IN EUROPE 2017 (2016 DATA). EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC) Y WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). UNAIDS/ONUSIDA. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC)

Diagnósticos de VIH por países en 2017

Porcentaje de diagnósticos sobre los casos totales

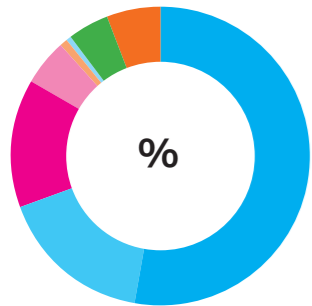


Datos del VIH, por regiones

En millones de personas

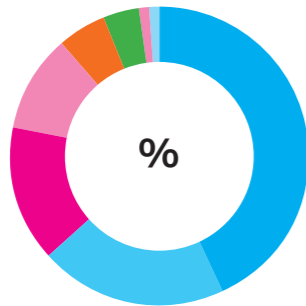
- Total de Infectados**
- Este y Sur de África: **19,4**
 - Centro y Oeste de África: **6,1**
 - N. de África Medio Oriente: **0,23**
 - Asia y Pacífico: **5,1**
 - Europa del Este / Asia Central: **1,6**
 - América Latina: **1,8**
 - Caribe: **0,31**
 - Europa Occ. / Norteamérica: **2,1**

- Nuevos casos**
- Este y Sur de África: **0,790**
 - Centro y Oeste de África: **0,370**
 - N. de África Medio Oriente: **0,018**
 - Asia y Pacífico: **0,270**
 - Europa del Este / Asia Central: **0,190**
 - América Latina: **0,097**
 - Caribe: **0,018**
 - Europa Occ. / Norteamérica: **0,073**



El área que más infectados registra (19,4 millones) es el Este y Sur de África

19,4



790.000 casos se registraron en 2016 en el área de mayor incidencia (Este y sur de África)

790

Los países no marcados (en blanco), no disponen de datos validados hasta la fecha.



Porcentaje de nuevas infecciones de VIH en Europa y Norteamérica

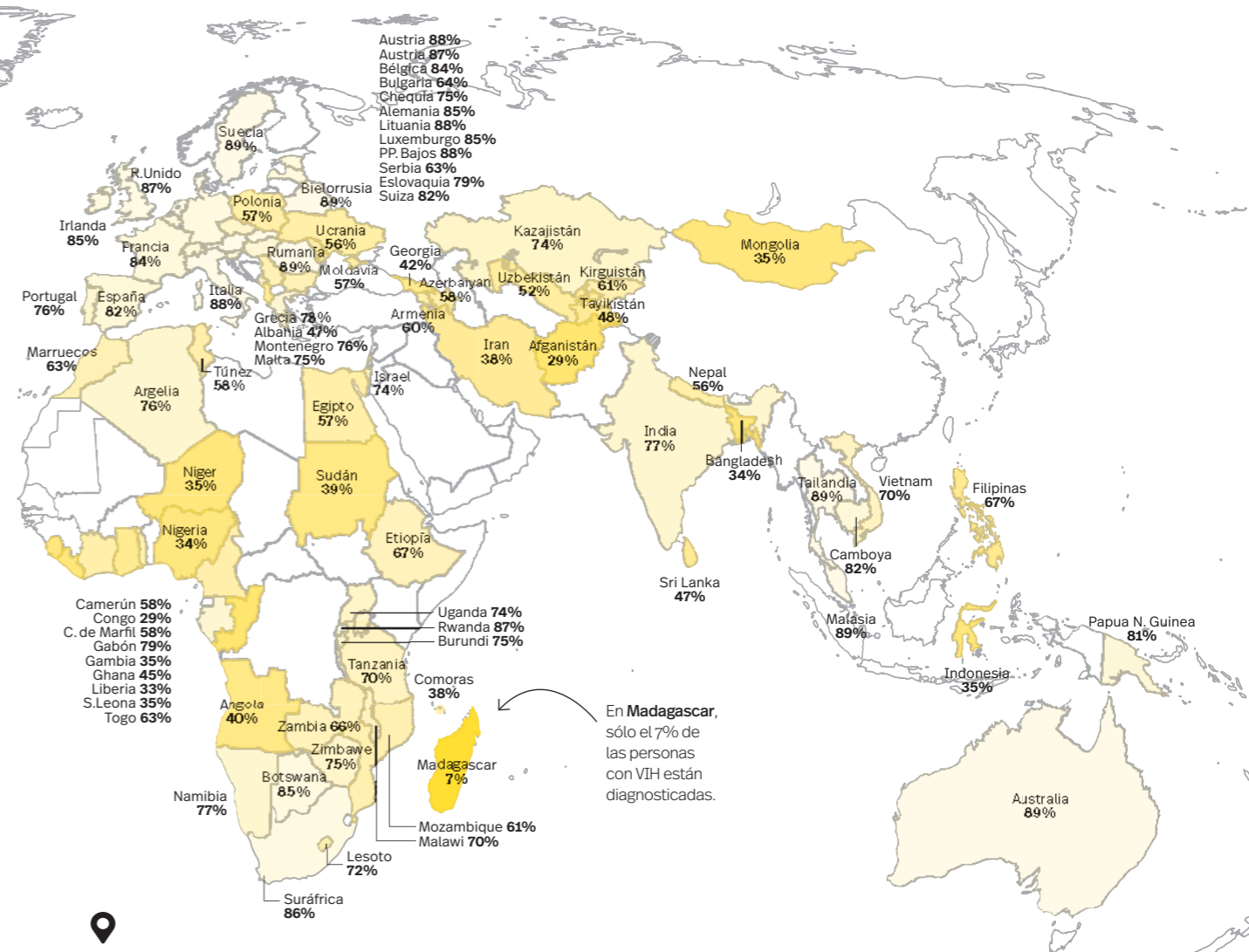
Por países, en adultos (>15 años)

EE.UU.	50%
FRANCIA	8,5%
ESPAÑA	5,5%
ITALIA	5%
TURQUÍA	4,25%
ALEMANIA	4,25%
REINO UNIDO	3,5%
CANADÁ	3,5%
POLONIA	1,75%
PORTUGAL	1,75%

Total de Infectados
Muerdes a causa del sida en 2016:
Adultos: **890.000**
Niños (<15 años): **120.000**

De cada 5.000 nuevas infecciones por VIH (adultos y niños) al día (en 2016):

- África subsahariana: **64%**
- Niños (<15 años): **400**
- Adultos (<15 años): **4.500** (Mujeres: **43%**)
- Jovenes (15 - 24): **37%**
- Mujeres Jóvenes (15 - 24): **22%**



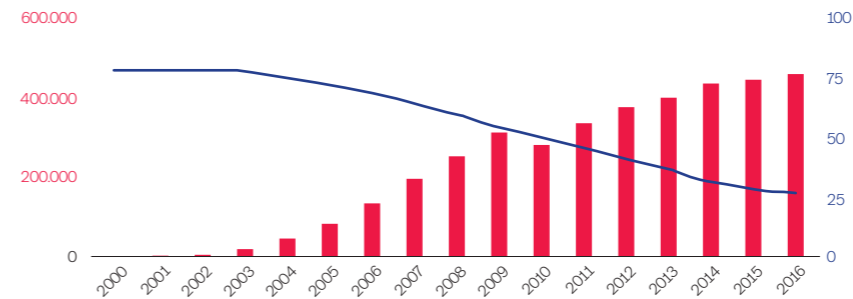
En Madagascar, sólo el 7% de las personas con VIH están diagnosticadas.



Evolución de las nuevas infecciones / Porcentaje de la cobertura antirretroviral

Global, 2000-2016

- COBERTURA ANTIRRETROVIRAL (PORCENTAJE)
- NUEVAS INFECCIONES (NÚMERO)



TARGET 2020

Convertido a cifras globales, el objetivo de reducción de nuevas infecciones para el 200 se sitúa en menos de medio millón en todo el mundo

0,5M

En España



Transmisión del VIH

Situación en España

‘VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y SIDA EN ESPAÑA 2016 (ACTUALIZACIÓN 30 DE JUNIO DE 2017)’. SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH, REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN. SISTEMAS AUTONÓMICOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA.

NAM. BÁSICOS CD4 Y CARGA VIRAL. PÁGINA WEB OFICIAL, May/17: <http://www.aidsmap.com>.

Fecha de acceso: julio de 2018

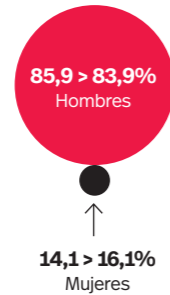
● Para aumentar las cifras de diagnóstico precoz, la mayoría de los expertos coinciden en que es importante llegar a los grupos de mayor riesgo de contagio. ¿Se puede saber cuáles son las personas que podrían estar infectadas con el VIH y ellas desconocerlo? No exactamente, pero sí se puede hacer una aproximación de su perfil gracias a los datos sobre los diagnósticos más recientes y los diagnósticos tardíos que ofrece el Registro Nacional del informe ‘Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2016’, actualizado a 30 de junio de 2017.

● Se considera diagnóstico tardío cuando la cifra de las células CD4 en el momento de realizarse la prueba del VIH es inferior a 350 células/ml. Las células CD4 son las más importantes del sistema inmunitario. Éste protege al organismo de infecciones y enfermedades. Por tanto, cuantas más células CD4 haya en el organismo, mejor.

3.353
NUEVOS
DIAGNÓSTICOS
2016



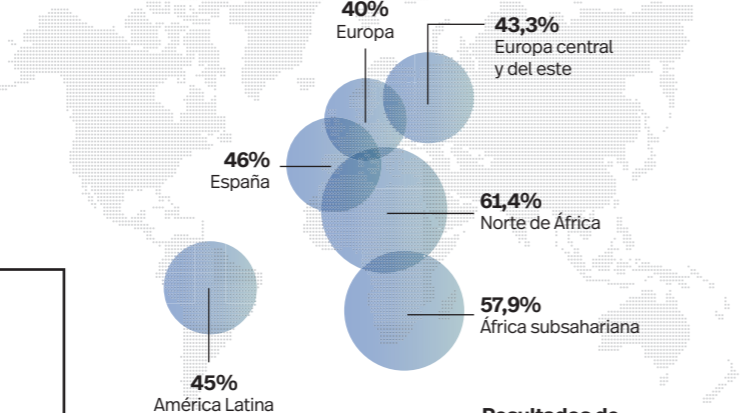
SEXO
2015 > 2016



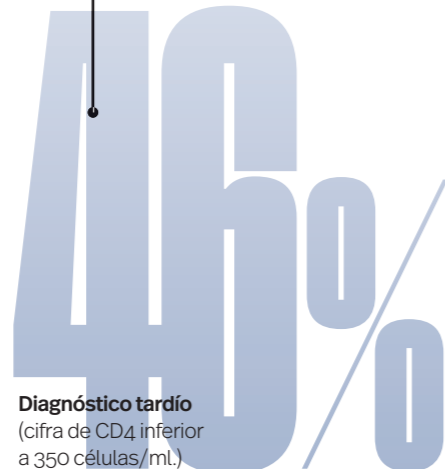
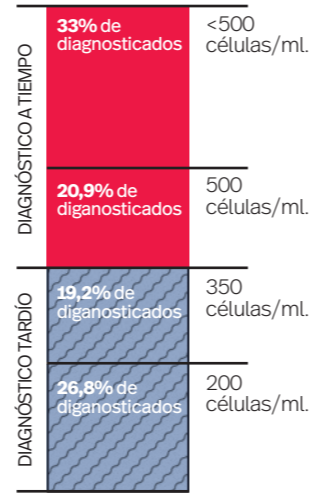
Contagio
por grupo de edad

Años	%
<15	0,2%
15-19	2%
20-24	9,1%
25-29	14,5%
30-34	17,9%
35-39	15,7%
40-44	13,2%
45-49	11%
50 o más	16,4%

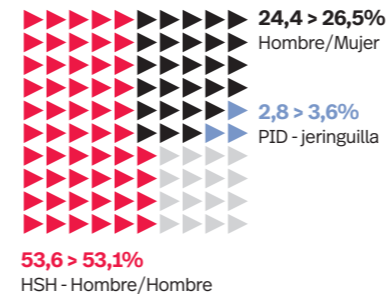
ORIGEN DE LAS PERSONAS INFECTADAS EN ESPAÑA
2015 > 2016



Resultados de los nuevos diagnósticos

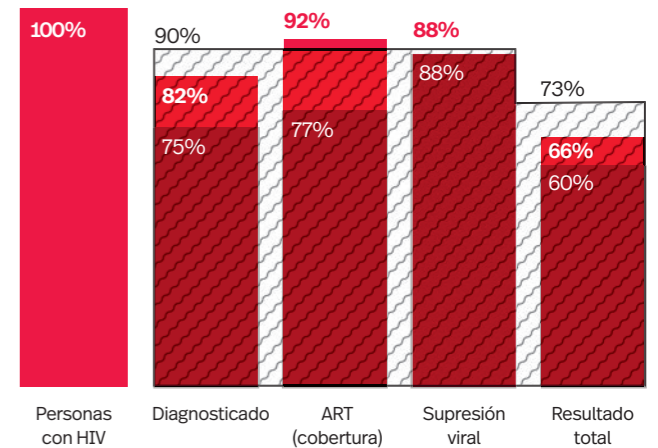


Contagio: principales vías de infección
2015 > 2016

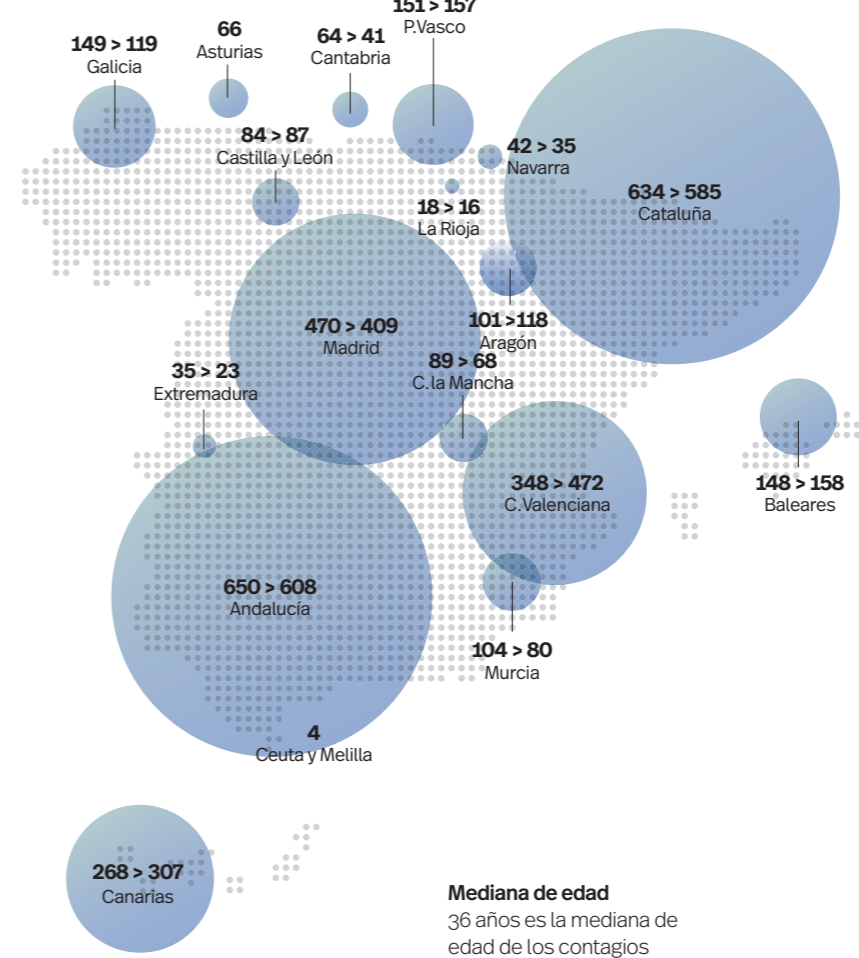


EL TRATAMIENTO EN CASCADA (OBJETIVO 90-90-90)

Objetivo
Media Europea
España



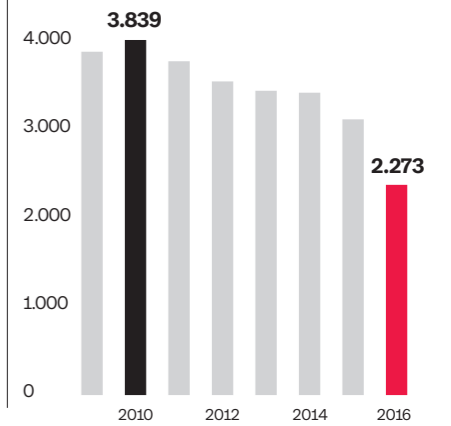
NUEVAS INFECCIONES POR COMUNIDADES
2015 > 2016



Mediana de edad
36 años es la mediana de edad de los contagios

CONCLUSIONES

- Nuestra tasa global de nuevos diagnósticos de VIH es algo superior a la media de la Unión Europea y de los países de Europa Occidental.
- La infección por VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual.
- Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres ocupan el primer lugar, sobre todo entre las personas nacidas en España.
- Este colectivo es prioritario para los programas de prevención, especialmente el grupo entre 25 y 34 años (mayor tasa).
- Las personas de otros países suponen un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH.
- En España la prueba del VIH es gratuita y confidencial. Sin embargo, el 46% de las personas diagnosticadas de infección en 2016 presentaba un diagnóstico tardío.



Las comorbilidades y polipatologías representan un coste en atención médica (sin contar el tratamiento antirretroviral) tres veces mayor que el de la propia infección por VIH, según un estudio norteamericano publicado en 2013.

El alto coste del VIH... y subiendo

¿Qué costes ocasiona el VIH en los países de rentas altas? ¿Influirá económicamente el envejecimiento de la población, el incremento de las comorbilidades, su mayor vulnerabilidad a la hora de acceder al mercado laboral? “Es muy probable que el impacto sanitario del VIH se incremente en los próximos años”. Esta es la conclusión del estudio ‘Impacto económico del VIH en la era TARGA y reflexiones de futuro’, elaborado por la Universidad de Castilla-La Mancha y publicado en septiembre de 2017. Sus autores, Juan Oliva y Marta Traperó, auguran la necesidad de una nueva planificación de los recursos “para afrontar un cambio en los determinantes del coste sanitario de las personas con VIH”.

Han incrementado entonces los TARGA el coste del VIH? Las investigaciones llevadas a cabo en países de rentas altas se contradicen. En algunos de esos países, la aparición de los TARGA sí supuso un incremento del coste sanitario. No tanto porque el tratamiento total requiera de una mayor inversión sino porque al alargarse la esperanza de vida se alarga también el coste por paciente. Sin embargo, en otros países se observa un descenso de la inversión.

Así, investigaciones realizadas en Alemania entre los años 1997 y 2001 refieren un descenso en los costes sanitarios directos de un 32% (Stoll et al. 2002). En Italia también se observó una caída del 25% en los costes sanitarios por persona entre 1994 y 1998: se pasó de 15.390 euros a 11.465 euros, en valores actualizados al año 1999 (Tramarin et al. 2004). Por contra, en Canadá, entre los años 1995 y 2001, se identifica un incremento del 71%: se pasa de un coste de 655 dólares canadienses por paciente y mes de tratamiento a otro de 1.119 dólares canadienses (Krentz et al. 2003).

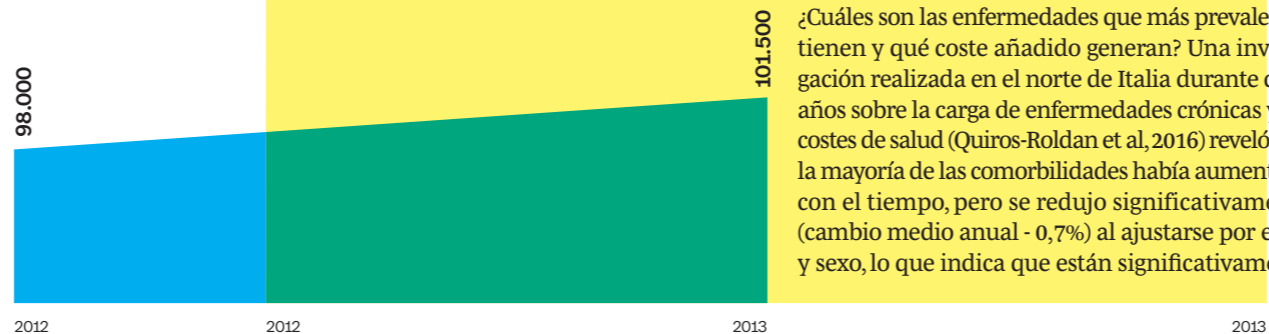
¿Y en España? Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en 2012 alrededor de 98.000 personas recibieron tratamiento antirretroviral, lo que supuso un coste de 730 millones de euros al año. En 2013, recibían tratamiento antirretroviral unas 101.500 personas, con un coste anual calculado en 725 millones de euros. Una simple extrapolación permite establecer un coste medio por paciente de 7.143 €/paciente/año. Si bien el Ministerio no ha actualizado el gasto anual de la par-

Tratamiento antirretroviral

Datos en España (2012-13)

IMPACTO ECONÓMICO DEL VIH EN LA ERA TARGA Y REFLEXIONES DE FUTURO

- NÚMERO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO
- COSTE TOTAL (MILLONES DE EUROS)



tida de antirretrovirales, recientemente el Gobierno vasco presentó la Memoria 2016 del Plan de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. En ella se recoge que el gasto en tratamiento antirretroviral en los hospitales vascos superó los 36 millones de euros, con un 3% de incremento respecto a 2015, mientras que el total de pacientes atendidos fue de 5.661. El coste medio por paciente fue de 6.359,3 euros por paciente y año. Estos datos reflejan un decrecimiento progresivo del gasto en antirretrovirales y un incremento del número de pacientes. Si extrapoláramos este coste medio al resto de España, podemos concluir que en 2016 se han tratado 14.000 pacientes más sin que haya aumentado la partida presupuestaria dedicada a tratamientos antirretrovirales.

Cronicidad y comorbilidades: gastos asociados

725

La generalización del TARGA ha permitido convertir la infección por VIH en una enfermedad crónica con una notable mejoría en su expectativa de vida. Además, en los últimos años, el número de personas bajo terapias antirretrovirales ha aumentado a nivel global en un tercio: alcanza los 17 millones de personas, según se refleja en un estudio de la Universidad de Castilla-La Mancha. Pero, si bien las personas infectadas han aumentado su esperanza de vida a más de 70 años, los tratamientos también acarrearán problemas como la toxicidad a largo plazo y presentan otros efectos adversos, muchos de ellos con efecto aditivo a las comorbilidades derivadas de un envejecimiento prematuro. Por tanto, las personas con VIH deben y deberán afrontar problemas de salud relevantes que afectan a su esperanza y calidad de vida, y que también tienen consecuencias en términos de costes.

Las comorbilidades y polipatologías representan un coste en atención médica (sin contar el tratamiento antirretroviral) tres veces mayor que el de la propia infección por VIH, según un estudio norteamericano publicado en 2013 (Guaraldi et al. 2013). ¿Cuáles son las enfermedades que más prevalencia tienen y qué coste añadido generan? Una investigación realizada en el norte de Italia durante doce años sobre la carga de enfermedades crónicas y los costes de salud (Quiros-Roldan et al. 2016) reveló que la mayoría de las comorbilidades había aumentado con el tiempo, pero se redujo significativamente (cambio medio anual - 0,7%) al ajustarse por edad y sexo, lo que indica que están significativamente

El impacto económico del abandono del mercado laboral

En el informe sobre la cooperación técnica de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el sida se habla de la importancia de no perder las aportaciones laborales de las personas seropositivas ya que “la pérdida de trabajadores cualificados y con experiencia reduce la productividad y disminuye la capacidad de las economías nacionales de proporcionar bienes y servicios de un modo sostenible”. En España, la mayor parte de las personas seropositivas se encuentran en edad laboral. ¿Tienen más dificultades para encontrar o mantener un trabajo? La probabilidad de tener empleo de una persona con VIH es inferior a la que no lo es. Esta es la conclusión de los autores del estudio de la Universidad de Castilla-La Mancha tras analizar investigaciones realizadas tanto en España como en otros países de rentas altas y con características sociales parecidas. Las probabilidades de mantener un empleo varían según la edad, sexo, nivel de estudios, estado inmunológico, causa de contagio o salud mental. Pero, a grandes rasgos, el perfil con más posibilidad de permane-

cer en el mercado laboral es el de varón de mediana edad, con niveles de estudios altos, empleo en el momento del diagnóstico, contagio por vía sexual y buen estado de salud. Estos son los resultados más representativos recogidos por los investigadores:

- La probabilidad de tener empleo baja a partir de los 40-45 años.
- La probabilidad de empleo en personas con VIH disminuye en 16,4 puntos porcentuales en pacientes asintomáticos; en 22,5 puntos porcentuales en pacientes sintomáticos; y en 41,3 puntos porcentuales si la persona está en fase de sida.
- Los meses o incluso semanas posteriores al diagnóstico son fundamentales, ya que la adaptación de las expectativas a un shock negativo en la salud puede incrementar la probabilidad de abandono del empleo.
- Los salarios de las personas VIH+ son de un 9 a un 34% menores.

asociadas al envejecimiento de la población VIH. El coste de los pacientes con VIH aumentó un 25% debido sobre todo al coste de los medicamentos, pero se ha estabilizado con los años. Es importante destacar que el recuento de células CD4+ en el momento del diagnóstico es un importante predictor del coste para el tratamiento. La insuficiencia renal, las enfermedades psiquiátricas y el cáncer fueron las comorbilidades más costosas, con un aumento del coste per cápita de 13.665 euros, 8.172 euros y 7.557 euros, respectivamente, según este mismo estudio.

En otras investigaciones aparecen también otras comorbilidades que deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar los costes asociados al VIH. Investigadores holandeses (Smit et al, 2015 y 2016) construyeron un modelo de simulación que sigue a las personas portadoras del VIH. Ese modelo revela que, a medida que envejecen, desarrollan enfermedades no transmisibles. Una proyección hasta el año 2030 revelaba que la edad media de las personas con el virus que reciben terapia antirretroviral aumentará de 43,9 años en 2010 a 56,6 en 2030. El grupo de pacientes mayores de 50 años experimentará un mayor crecimiento, pasando de 28% en 2010 al 73% en 2030. El 84% de personas VIH sufrirá por lo menos una enfermedad no transmisible, como hipertensión, infarto de miocardio, ictus, diabetes o osteoporosis. Se estima que un 28% tendrá tres o más comorbilidades no relacionadas directamente con el VIH en 2030.

¿Podemos extrapolar esta simulación a otras partes de Europa? Todo parece indicar que sí, por lo que el abordaje clínico de los pacientes con VIH se volverá más complejo. La conclusión de los expertos es clara: para mantener o mejorar de la calidad de vida de la población seropositiva, se requerirán ma-

yores inversiones de recursos sanitarios (Nguyen y Holodniy, 2008).

En resumen, podemos concluir que el escenario en el que nos moveremos en los próximos años es el de una reducción del gasto absoluto y el impacto relativo en la partida destinada al tratamiento antirretroviral, junto con un impacto sanitario y económico cada vez mayor de las comorbilidades no relacionadas con el VIH. Todo lo cual realza la necesidad de minimizar el impacto futuro de estas comorbilidades, evitando en la medida de lo posible la toxicidad a largo plazo del tratamiento antirretroviral, modificando hábitos tóxicos (por ejemplo, deshabitación tabáquica) e impulsando la prevención y manejando precozmente de las comorbilidades.

Pacientes con TARGA

Proporción en Italia (previsión 2035)

IMPACTO ECONÓMICO DEL VIH EN LA ERA TARGA Y REFLEXIONES DE FUTURO

- LIBRES DE CORMOBILIDADES
- CON MÁS DE 50 AÑOS
- CON TRES O MÁS CORMOBILIDADES

Proyecciones para 2035: La evolución epidemiológica de Italia es similar a la española, por los que los resultados de una proyección realizada en 2016 sobre el envejecimiento y la carga de la enfermedad por VIH para los veinte años siguientes puede servir de referencia (Smit et al, 2015 y 2016). Así, el modelo analiza el envejecimiento de 7.500 pacientes italianos VIH con TARGA. La cohorte además llevó a cabo una simulación probabilística de los eventos clínicos (hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad renal crónica, diabetes, tumores malignos, accidentes cerebrovasculares o infartos agudos de miocardio y mortalidad).



Referencias

- 1 STOLL M, CLAES C, SCHULTE E, ET AL. DIRECT COSTS FOR THE TREATMENT OF HIV-INFECTION IN A GERMAN COHORT AFTER THE INTRODUCTION OF HAART. EUROPEAN JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH 2002;7(11):463-71.
- 2 TRAMARIN A, CAMPOSTRINI S, POSTMA MJ, CALLERI G, TOLLEY K, PARISE N, DE LALLA F, THE PALLADIO STUDY GROUP. A MULTICENTRE STUDY OF PATIENT SURVIVAL, DISABILITY, QUALITY OF LIFE AND COST OF CARE: AMONG PATIENTS WITH AIDS IN NORTHERN ITALY. PHARMACOECONOMICS 2004;22(1):43-53.
- 3 KRENTZ HB, AULD MC, GILL MJ, HIV ECONOMIC STUDY GROUP. THE CHANGING DIRECT COSTS OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH HIV/AIDS, 1995-2001. CMAJ 2003;169(2):106-10.
- 4 DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2012
- 5 GUARALDI G, ZONA S, MENOZZI M, CARLI F, BAGNI P, BERTI A, ET AL. COST OF NONINFECTIOUS COMORBIDITIES IN PATIENTS WITH HIV. CLINICOECONOMICS AND OUTCOMES RESEARCH 2013; 5:481-488. DOI: 10.2147/CEOR.S40607.
- 6 QUIROS-ROLDAN E, MAGONI M, RAFFETTI E, DONATO F, SCARCELLA C, PARANINFO G, CASTELLI F. THE BURDEN OF CHRONIC DISEASES AND COST-OF-CARE IN SUBJECTS WITH HIV INFECTION IN A HEALTH DISTRICT OF NORTHERN ITALY OVER A 12-YEAR PERIOD COMPARED TO THAT OF THE GENERAL POPULATION. BMC PUBLIC HEALTH 2016; 16(1):1146.
- 7 SMIT M, BRINKMAN K, GEERLINGS S, SMIT C, THYAGARAJAN K, VAN SIGUEM A, ET AL. FUTURE CHALLENGES FOR CLINICAL CARE OF AN AGEING POPULATION INFECTED WITH HIV: A MODELING STUDY. LACET INFECTIOUS DISEASES 2015; 15(7):810-818.
- 8 SMIT M, CASSIDY R, COZZI-LEPRE A, GIRARDI E, MAMMONE A, ANTINORI A, ET AL. QUANTIFYING THE FUTURE CLINICAL BURDEN OF AN AGEING HIV POSITIVE POPULATION IN ITALY: A MATHEMATICAL MODELLING STUDY. JOURNAL OF THE INTERNATIONAL AIDS SOCIETY 2016;19 (SUPPL 7): P156.
- 9 (NGUYEN N AND HOLODNIY M. HIV INFECTION IN THE ELDERLY. CLINICAL INTERVENTIONS IN AGING. 2008; 3(3): 453-472.
- 10 SMIT M, BRINKMAN K, GEERLINGS S, SMIT C, THYAGARAJAN K, VAN SIGUEM A, ET AL. FUTURE CHALLENGES FOR CLINICAL CARE OF AN AGEING POPULATION INFECTED WITH HIV: A MODELING STUDY. LACET INFECTIOUS DISEASES 2015; 15(7):810-818.
- 11 SMIT M, CASSIDY R, COZZI-LEPRE A, GIRARDI E, MAMMONE A, ANTINORI A, ET AL. QUANTIFYING THE FUTURE CLINICAL BURDEN OF AN AGEING HIV POSITIVE POPULATION IN ITALY: A MATHEMATICAL MODELLING STUDY. JOURNAL OF THE INTERNATIONAL AIDS SOCIETY 2016;19 (SUPPL 7): P156.

CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN



“El VIH es tan solo una parte de mí porque es algo que tengo; no es algo que soy”

‘HIV is: just a part of me’, la última campaña de sensibilización de Gilead, se centra en varones homosexuales. A finales de 2018 se realizará otra similar para mujeres.



Referencias

HTTP://WWW.HIVIS.JUSTAPARTOFME.EU
 HTTP://WWW.HIVIS.JUSTAPARTOFME.EU/EXPECTATIONS-FROM-LIFE?LOCATION=COUNTRY-EU
 Fecha de acceso: julio de 2018

HIV is:
JUST A PART OF ME



«En la actualidad una de cada tres personas que viven con VIH tiene más de 50 años. Esto indica el éxito de los tratamientos, lo que vuelve necesario pensar ahora en cómo mejorar su calidad de vida»

«Nuestro enfoque para la gestión del VIH ha cambiado en los últimos años y ahora tenemos que abordar los problemas de salud más amplios asociados con la vida a largo plazo con esta enfermedad. No se trata simplemente de controlar el virus del VIH. La conciencia del paciente sobre otras condiciones de salud relacionadas con el VIH puede mejorar y queremos que esta campaña sea el catalizador para una mejor comprensión»

WA mí no me va a tocar”. Cuántas veces y en referencia a cuántas enfermedades las personas piensan eso. Es lo más común y, a su vez, lo más peligroso. Los prejuicios, estigmas o simplemente el desconocimiento de los riesgos pro-

vocan que muchas personas no se realicen la prueba del VIH. Hablar del sida en tercera persona parece fácil, pero no se entiende de verdad hasta que se vive en la propia piel. Gilead Sciences Europe ha lanzado recientemente una campaña para animar a la población a realizarse pruebas y, sobre todo, a que los VIH positivos cuiden su cuerpo y su mente. ‘HIV is: just a part of me’ es el nombre de esta campaña que pretende alentar sobre todo a los hombres diagnosticados con VIH a tomar medidas preventivas

para vivir el mayor tiempo posible y de la mejor manera posible. En la iniciativa han participado once varones homosexuales procedentes de distintos países de Europa que se encuentran en tratamiento. Estos presentan los problemas de salud más comunes que se desarrollan a medida que el tiempo pasa con el virus en sus cuerpos y van cumpliendo años.

Los once participantes cuentan sus experiencias frente a una cámara de vídeo mientras que, en su torso desnudo, una artista va pintando parte

de los órganos que pueden verse afectados por enfermedades asociadas al VIH y sus tratamientos. En los vídeos cuentan cómo recibieron el positivo de la prueba, sus vivencias presentes y sus preocupaciones futuras.

Marcos, de 38 años, el único español, se hacía al menos la prueba del VIH una o dos veces al año. “Cuando me diagnosticaron, no pude creerlo. Creía que el VIH solo le sucedía a otras personas”, asegura. Durante un tiempo se culpabilizó y se hizo daño a sí mismo con pensamientos nega-

tivos, pero ahora puede afirmar que los últimos meses de su vida han sido increíbles. “He aprendido mucho sobre mí y me ha sorprendido la fuerza que tengo para superar situaciones difíciles. Mi diagnóstico me ha permitido convertirme en una versión completamente nueva de Marcos”, dice. Marcos había tenido problemas con sus riñones desde los 20 años y siempre les había prestado una atención especial, pero esta se ha intensificado desde que tiene el VIH. Los tratamientos pueden afectar a los riñones, por

lo que recomienda consultar a los médicos sobre su estado. “La vida es un largo camino, y cuidarse significa que el futuro puede brillar todavía más”.

La campaña, realizada en inglés, todavía no dispone de versión en español. Se ha planificado junto con un comité directivo de organizaciones de VIH, entre ellas el Plus Onlus (Italia), Baseline (Reino Unido) y Ardhis (Francia). Se prevé la realización de una campaña similar pero enfocada a las mujeres a finales de 2018.

Resultados

MEDICIONES GENERALES

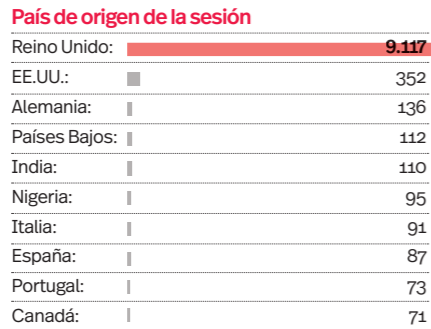
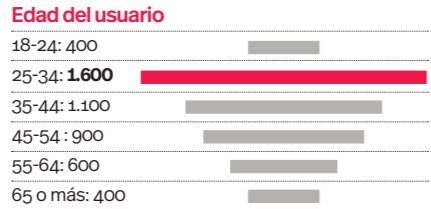
Visitas
 ANTES AHORA
743 **12.859**
 + 1.631%

Porcentaje de Rebote*
 ANTES AHORA
66,4 **75,5%**
 + 88,4%

Número de usuarios
 ANTES AHORA
642 **11.275**
 + 1.656% (344 /día)

Tiempo promedio en el web
 ANTES AHORA
2:39 **1:02**
 - 61%

DATOS DEMOGRÁFICOS DE USUARIO

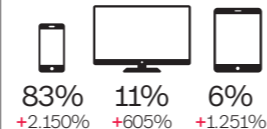


*Otros 112 países: 1.032 sesiones

PÁGINAS MÁS VISTAS

PÁGINA PRINCIPAL	11.981
SALUD MENTAL	2.210
HUESOS	611
DOCTOR-PACIENTE	563
TU CUERPO	504
RIÑÓN	438
SALUD MASCULINA	433
CÁNCER	378
VIDA REAL	352
HÍGADO	297

DISPOSITIVO



HIV: expectativas en la vida

● **HIV is: expectations from life** forma parte de la campaña 'HIV is: just a part of me'. Se fundamenta en la realización de una encuesta que explora las esperanzas y aspiraciones de las personas que viven con VIH (PVVIH) en comparación con la población general. En la campaña, promovida por Gilead Sciences Europe, participan 3.245 adultos, con y sin VIH, de cinco países de Europa. Pretende descubrir si las expectativas de vida de las personas que viven con VIH difieren de las que no lo tienen. 'Expectations from life' tiene así como objetivo ayudar a arrojar luz sobre algunos malentendidos comunes sobre el VIH hoy en día y alentar a las personas que viven con el VIH a que hablen sobre sus expectativas de vida con su médico.

● La encuesta se realizó entre noviembre y diciembre de 2016. La realizó para Gilead la empresa de investigación de mercado Censurwide. Para el análisis de los resultados de la encuesta, se consultó a un comité directivo multinacional de PVVIH, y a expertos en VIH, planificación financiera y psicología de las relaciones. La campaña se lanzó durante la 16ª Conferencia Europea sobre el Sida (EACS 2017). Además del estreno del vídeo, un panel de expertos, clínicos y defensores y personas que viven con VIH discutió cómo y por qué las expectativas de vida de las PVVIH deben cambiar.

Rendimientos del canal

REDES SOCIALES

Facebook
 SEGUIDORES ACCIONES EN LOS POST*
167 **3.552**

Instagram
 SEGUIDORES ACCIONES EN LOS POST*
257 **9.558**

Twitter
 SEGUIDORES IMPRESIONES
134 **410.000**

YouTube
 TIEMPO/VIDEO VISIONADOS TOTALES
1,5 MIN. **110.499**
 122.446 Minutos (tiempo total)

ACTIVIDAD

PLATAFORMA	Nº POSTS	LIKES	COMENTARIOS	SHARES	IMPRESIONES
Facebook	40	790	47	98	852.401
Instagram	54	2.955	135	18	91.874
Twitter	96	261	15	107	546.934
Total	211	4.006	197	223	1.491.209

ARTÍCULOS DE COBERTURA GLOBAL EN LOS MEDIOS

PUBLICACIÓN	PAÍS	FECHA	DIFUSIÓN
Hornet	RU y Europa	2 marzo	20.000.000
Gay Star News	RU, EEUU y Europa	2 marzo	2.949.073
The Huffington Post UK	RU y Europa	1 marzo	5.992.000
Gay Times	RU y Europa	1 marzo	65.000
Out News Global	RU y Europa	1 marzo	290.000
Shwulissimo	Alemania	8 marzo	36.000
Gay.ch	Suiza	20 febrero	7.000
ZIZo Online	Bélgica	20 febrero	30.000
Cavaria.be	Bélgica	20 febrero	15.000
TVI Web	Italia	14 marzo	40.000
LUI	Rep. Checa	8 marzo	11.000
Minus Virus	Rusia	7 marzo	8.000
LGTB.10ztalk.com	EEUU	1 marzo	1.600.000
Towelroad	EEUU	16 marzo	2.126.000
Deastre.mx	México	2 marzo	55.000
Positive Living BC	Canadá	5 marzo	3.104.366
Escandala	México	8 marzo	83.000
The Rustin Times	África	19 marzo	12.000

EN CIFRAS

Menciones sociales
190

Menciones sociales
4.426

Oportunidades
180.000.000

TAGS O PALABRAS CLAVE

HIV cáncer
125 CLICS

HIV depression
70 CLICS

HIV living longer
67 CLICS

(*) PORCENTAJE DE REBOTE: PORCENTAJE DE VISITANTES QUE ABANDONAN EL SITIO DESPUÉS DE VER SOLO UNA PÁGINA

Resultados

DATOS DE LA CAMPAÑA

Objetivo
 Descubrir si las PVVIH tienen expectativas diferentes de vida en comparación con las que no tienen VIH.

Desarrollo
 • Campaña de vídeo de 'HIV is: expectations from life'.
 • Sitio web de información donde las PVVIH pueden obtener información sobre cómo envejecer con el VIH.
 • Cuestionario interactivo
 • Contenido comprensivo para apoyar la activación de redes sociales y el ruido sostenido.

Sitio web
 http://www.hivjusta-partofme.eu/expectations-from-life?location=country-eu.
 Fecha de acceso: 2018

EN CIFRAS

Periodistas acreditados y representantes de 6 países
15

Artículos publicados con resultados de la encuesta
30

Visualizaciones de videos de campaña
1.700

Visualizaciones de videos 'Letters to Myself'
88.469

Impresiones de videos 'Letters to Myself'
434.146

Impresiones de videos en podcast
3.100

Visitas al microsite
488

DATOS DE LA ENCUESTA

Características
 • **3.245** adultos entrevistados
 • **522** de ellos PVVIH
 • **Origen:** Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido
 • **Temas:** salud y calidad de vida; amor, sexo y relaciones; y vida profesional y planificación financiera.

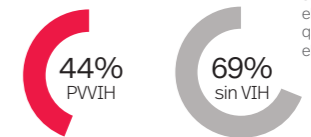


CONCLUSIONES

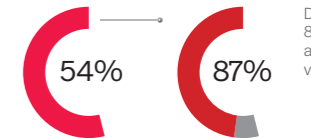
Expectativas de vida
 • Más bajas que las de resto de población
 • Estigma y percepciones erróneas

RESULTADOS POR TEMAS

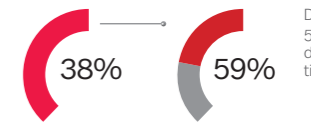
Salud buena o excelente
 PERCEPCIÓN PROPIA SOBRE LA SALUD
 Describen su salud como mala el doble de PVVIH que los no tienen el VIH.



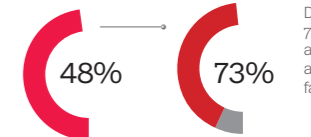
El VIH es una barrera para tener sexo
 PERCEPCIÓN PROPIA SOBRE EL SEXO
 De ese 54%, el 87% tiene miedo a transmitir el virus a otros



El VIH es una barrera para tener citas
 PERCEPCIÓN PROPIA SOBRE EL SEXO
 De ese 38%, el 59% tiene miedo de revelar que tiene el VIH



El VIH es una barrera para una vida natural
 PERCEPCIÓN PROPIA SOBRE LA VIDA EN FAMILIA
 De ese 48%, el 73% tiene miedo a transmitir el VIH a alguien de su familia





Internet y las redes sociales han revolucionado tanto el modo de obtener, procesar y gestionar la información como el modo de intercomunicarnos las personas. Esta transformación, que afecta a todos los órdenes de la sociedad, perfila también un nuevo panorama en torno al VIH.

Internet, redes sociales y VIH

Retrato del virus en una nueva realidad virtual

La rápida expansión de las nuevas tecnologías en los hogares ha favorecido el uso de internet y las redes sociales como plataforma para la búsqueda y el intercambio de información sobre el VIH, así como la creación de espacios virtuales de encuentro entre personas que conviven con el virus o el sida, especialistas en la materia y público interesado, en general¹, se dice en el Informe Quiral, un proyecto de investigación llevado a cabo por el Observatorio de la Comunicación, en colaboración con la Fundación Vila Casas, cuyo objetivo es el análisis y la reflexión en torno a la información sobre salud que recibe la ciudadanía a través de los medios de comunicación.

El informe de 2012 es un monográfico dedicado al análisis del VIH/sida y probablemente el estudio más serio efectuado hasta la fecha sobre la materia. Analiza la evolución que hasta ese momento ha experimentado la información sobre el VIH, y ofrece una visión general sobre su impacto en internet y canales como

Twitter, Facebook y un foro online. Entre sus conclusiones, figura esta advertencia: “Este tipo de canales de comunicación permite la libre circulación de información sin demasiados filtros ni control, por lo que la información rigurosa y útil se mezcla con otra menos rigurosa, sesgada, interesada y subjetiva, así como la confluencia de datos contradictorios que pueden inducir a la confusión o el error”.

Twitter

En este sentido, el informe pone de manifiesto que Twitter es un canal que se utiliza fundamentalmente para difundir información de contenido científico o informativo. En líneas generales, los temas relacionados con VIH y sida que aparecen en él se agrupan en tres grandes bloques: tratamientos y nuevos descubrimientos, información general y apoyo a las personas que han sido diagnosticadas. “En la franja horaria analizada, la mayor parte de la información sobre el VIH se centra en la difusión de datos epidemiológicos, los resultados de algunas investigaciones recientes en este ámbito y la llamada a la concienciación social

para facilitar el diagnóstico, la prevención y la solidaridad, temas que también están presentes en los medios de comunicación convencionales”, indica el estudio en su valoración final sobre el canal. La naturaleza de los tuits, limitados a 140 caracteres, con un estilo taxativo similar al que se utiliza en los titulares periodísticos, “obliga a resumir el contenido a lo esencial y limitar las posibles valoraciones, lo que en principio favorece la objetividad”, defiende. Y prosigue: “Twitter es una valiosa herramienta para la difusión de información a múltiples usuarios de forma concisa y prácticamente inmediata. Pero la inmediatez que comporta puede restar rigurosidad al contenido o facilitar errores de interpretación, como hemos podido comprobar en nuestro análisis, en la transmisión de los resultados de una noticia científica. Sin embargo, los enlaces que proporcionan los tuits suelen remitir a otros canales de información o fuentes originales, lo que, en general, refuerza su credibilidad”. “De todos modos, y al igual que internet, la credibilidad de sus mensajes viene avalada por la tipología y el prestigio de la fuente que los emite”, concluye.

Facebook

En 2012, más de 17 millones de personas se conectaban cada día en España a Facebook (hoy esa cifra se mantiene, apenas ha crecido un 1%). A nivel mundial, eran más de 850 millones de usuarios activos (hoy superan los 2.000 millones). La cifra en España en 2012, cinco millones superior a la de 2011, daba una idea del potencial alcance de las más de 300 páginas sobre sida y/o VIH de las que, según el informe, disponía la red social en esa fecha. Las principales, con más de 200.000 ‘likes’, eran las de AIDS Healthcare Foundation, Greater than AIDS y Born free of VIH. Había que bajar hasta las posiciones 14 y 15 del ranking para encontrar las primeras páginas en español: Acción Solidaria (6.338 likes) y Red Latinoamericana Vih Sida (5.691 likes).

Es comprensible que la facilidad y el auge con que se difunde la información

en Facebook y su utilidad como herramienta de apoyo social fueran aprovechadas, ya en 2012, por organizaciones benéficas, como constataba el Informe Quiral. Los objetivos de cada página, eso sí, variaban en función de las necesidades de cada organización: apoyo social (usuarios que buscan a personas con las que charlar), emocional, informativo (últimas noticias y eventos, demanda de voluntarios), a la autoestima o instrumental (pedir y dar información entre los usuarios).

El VIH en el nuevo paisaje virtual

En el momento actual, AIDS Healthcare Foundation cuenta con 665.163 likes; Greater than AIDS tiene 527.020 likes; Born free of VIH no está activa; Acción Solidaria acumula 8.772 likes y Red Latinoamericana VIH Sida 5.205. Los likes de las páginas líderes no han aumentado en proporción a como apuntaban en sus inicios. Y es que el panorama de las redes se perfila de un modo diferente. El abanico se ha ampliado. Facebook y Twitter son líderes, pero ahora despuntan otras muchas, entre las que destacan Instagram, Snapchat y redes con sistemas de geolocalización como Gindr, Tinder o Scruff.

Internet y las redes sociales alojan multitud de páginas y grupos de apoyo nuevos pero, **en líneas generales, las páginas de Internet son utilizadas para conocer informaciones contrastadas sobre el virus —síntomas, cuándo empezar con la medicación, efectos secundarios, adherencia, nuevos avances...—, mientras que las redes sociales son sobre todo puntos virtuales de encuentro para compartir sentimientos, vivencias y opiniones, y para realizar consultas y resolver dudas a partir de las experiencias de otros usuarios en un contexto de mayor interacción.**

El revuelo armado en los últimos meses en torno a la red social Facebook y a la app de citas Grindr por compartir datos de VIH de sus usuarios con terceros evidencia un hecho tan controvertido como real: el uso creciente de las redes sociales y aplicaciones para tener encuentros sexuales, algo que en 2012 todavía no se daba. En el caso de Facebook, Cambridge



El panorama de las redes se perfila hoy de un modo diferente. El abanico se ha ampliado. Facebook y Twitter son líderes, pero ahora despuntan Instagram, Snapchat y redes con sistemas de geolocalización como Gindr, Tinder o Scruff

AHF. Un simpatizante de AIDS Healthcare Foundation en la DC Capital Pride parade, 2013

TIM EVANSON (PUBLIC DOMAIN)

665.163 LIKES

Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica o GeSida para encontrar la lista de los sitios web de formación e información sobre VIH/sida mejor documentados, más recomendables y prestigiosos (Baylor Pediatric AIDS Initiative, AEGIS, AIDS Info, AIDSmaps, AIDS-meds, CATIE, Clinical Care Options-HIV, CME on HIV, HIV AIDS Online, HIV InSite, Johns Hopkins AIDS Service, Medscape HIV, NATAP, RITA, The Body, The Body Pro, Virology CME, VIHenRED...), no encontramos un solo enlace en castellano en un listado de más de veinte sitios.

Según apunta el Informe Quiral de 2012, en las búsquedas realizadas por los usuarios en Google, España las centra en dos categorías principales de términos relacionados con la palabra 'sida' y 'VIH'. 'El sida', con un valor de 100 puntos sobre 100, y 'sida síntomas', con valor de 75 sobre 100, lideraban entonces la lista. A cierta distancia, les seguían términos como 'vih sida', 'síntomas vih', 'prueba vih', 'virus' y 'síntomas de vih'. El Informe Quiral argumentaba que la tendencia a buscar más 'sida' que 'VIH' podía deberse a tres razones: 1) que la palabra "sida" fue la primera en utilizarse y, por tanto, ha calado más entre la sociedad; 2) que la palabra "sida" parece menos técnica y quizá más general que 'VIH'; o 3) que tal vez los usuarios hagan una búsqueda no directa, sino acorde con los términos seleccionados.

Asimismo el estudio constata que en las informaciones que circulan sobre el VIH y el sida —tanto en los medios de comunicación convencionales como a través de internet y las redes sociales— es frecuente encontrar errores de concepto o expresiones que no siguen las recomendaciones de los principales organismos y asociaciones dedicados a este tema. "Entre otros, es común encontrar expresiones como 'virus del sida' o 'prueba del sida', en vez de 'virus de la inmunoprotección del VIH', o hablar de 'infectados' o 'víctimas del sida' en lugar de personas que viven con el VIH o que han muerto a causa de alguna enfermedad asociada al sida", señala.

La palabra que tal vez viene a la mente para explicar estos comportamientos sea 'estigma', sobre la que el Informe Quiral no hace recaer el peso de forma manifiesta, aunque en sus conclusiones finales es más explícito: "La asociación inicial del VIH y el sida a colectivos estigmatizados —como homosexuales y heroinómanos— y a conductas con mala imagen social —como la promiscuidad sexual, el consumo de drogas o la prostitución— generó una imagen negativa y marginal de esta patología, que los medios contribuyeron a alimentar y a difundir. Esta imagen, que aún hoy persiste en algunos círculos, demuestra cómo la primera información sobre un tema es decisiva en su percepción social". A pesar de todo, el estudio deja entrever

8.772 LIKES

Adherencia en Facebook

Evolución de las principales páginas en inglés y en español

INFORME QUIRAL

- AIDS HEADTHCARE FOUNDATION
- ACCIÓN SOLIDARIA

220.000 LIKES

6.338 LIKES

2012

Analytica negoció con likes, comentarios, información de los usuarios e, incluso, sus orientaciones políticas. Grindr ha cedido la identificación del teléfono, el mail, el posicionamiento GPS... y también el dato sobre VIH. Sin embargo, aunque el avance de la tecnología comporte cambios que se reflejan inevitablemente en el mundo digital, esa evolución no altera otros aspectos que apenas han cambiado con el paso del tiempo. Así, si acudimos a la Sociedad

cierto optimismo: “El avance de las investigaciones y la intensa labor de apoyo y concienciación social por parte de asociaciones, ONG y otras entidades han logrado que la infección por el VIH haya pasado de ser considerada una patología ‘estigmatizada y marginal’ a un problema de salud que incumbe a toda la sociedad, integrado en los programas de atención sanitaria”.

CESIDA, en su Guía de Estilo VIH/sida, asegura que “la comunicación en VIH/sida ha mejorado en su trato mediático a lo largo de los últimos años”. Y constata que el uso de términos y expresiones despectivas se ha rebajado, y que, por el contrario, “se han ido normalizando palabras y conceptos correctos”. Sin embargo, el progreso social no va a la par de los avances científico-sanitarios. Aún queda un largo camino por recorrer. Por eso, en los últimos años se han iniciado acciones en las redes sociales llamadas a combatir el estigma y la actitudes discriminatorias en torno al VIH. En 2016, Apoyo Positivo lanzó una campaña en redes sociales, ‘Indetectables’. Supone una vuelta de tuerca a la prevención llevada al formato web-serie con chispa y naturalidad para conseguir dos objetivos: prevenir mejor y combatir todo estigma o rechazo injustificado con humor, relaciones personales e información clara. Por su parte, GeSIDA puso en marcha en 2017 una acción de sensibilización en redes sociales bajo la etiqueta #ConVIHes posible. Quería con ella poner en conocimiento de la opinión pública la actual situación que padecen las personas con VIH a la hora de tratar de acceder a un puesto de trabajo o un servicio público.

“El uso efectivo de las redes sociales y la tecnología móvil para la prevención del VIH traerá esperanza a una generación cuyo futuro continúa amenazado por el sida”, predijo hace quince años Russel Botman, profesor y vicerrector de la Universidad de Stellenbosch, en Suráfrica. Y así está siendo: gota a gota, sin prisa pero sin pausa.

Referencias

- FUNDACIÓN VILA CASAS
<http://xurl.es/yx100>
- SEIMNC
<http://xurl.es/ykp8s>
- EL PAÍS, 05/04/18
<http://xurl.es/br1dy>
- CONSALUD.ES, 11/02/17
<http://xurl.es/tg8af>
- DIARIO SUR, 03/04/18
<http://xurl.es/i2g2b>
- Fecha de acceso:
julio de 2018



INDETECTABLES

Bajo el lema ‘Indetectables’, Apoyo positivo y Estoy Bailando han desarrollado distintas acciones como la primera serie de cortometrajes sobre el VIH, que ya va por su segunda temporada, y puede seguirse a través de Flooxer (A3 Media). Se trata de un proyecto que surge de una conversación sobre cómo ha disminuido la percepción del riesgo en las relaciones sexuales.

Asistir al CROI con un simple clic

● **La Conferencia anual sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI)** es uno de los congresos más destacados de VIH a nivel mundial. Reúne a los principales investigadores para compartir los últimos estudios, los desarrollos más importantes y los métodos de investigación en la batalla contra el VIH/Sida y otras enfermedades infecciosas relacionadas. Organizada por la Fundación CROI en colaboración con la International Antiviral Society-USA (IAS-USA), la edición de 2018 se celebró en el Centro de Convenciones Hynes en Boston del 4 al 7 de marzo pasados.

● **El microsite CROI Congress TV es una plataforma nacida de un acuerdo entre Gilead y GeSIDA para fomentar la educación a través de una beca educacional.** En este sentido, hay que destacar el compromiso de Gilead por ayudar en la formación de los profesionales a través de iniciativas como esta. Así, en esta TV online cada día médicos asistentes al congreso explican los contenidos más importantes expuestos en las presentaciones y ofrecen a todos los especialistas que no pueden la oportunidad

de estar al día de las últimas novedades y todos los temas tratados. Congress TV ha tenido una gran acogida. Arroja un alto índice de respuesta para los médicos participantes. Es, de hecho, la sección más visitada del portal de GeSIDA, con un total de 2.896 visitas y 2.098 visualizaciones de vídeos.

● Entre los profesionales que han participado en el CROI Congress TV este año figuran los doctores **José Antonio Pérez Molina, Juan Berenguer, Federico Pulido, José Alcamí, Jesús Santos, Santiago Moreno, Javier Martínez, Celia Miralles, Juan González, Eva Poveda, David Dalmau e Ignacio Pérez-Valero.**

● El vídeo más visto fue el de presentación de José Antonio Pérez Molina, presidente de GeSIDA, con 352 reproducciones, seguido de los de Juan Berenguer (421 reproducciones), Federico Pulido (306) y Santiago Moreno (244).

● **Tras la celebración del CROI, cada año tiene lugar en España la jornada Post-CROI,** que organiza la Fundación Lucha contra el Sida con el apoyo de Gilead y Fundación Catalunya-La Pedrera. Sirve para que los expertos que han asistido al congreso resuman los aspectos más destacados a la comunidad española. Este año la jornada, que

cumplía su decimoquinta edición, se celebró el 13 de marzo en Barcelona, en el Auditorio de La Pedrera, y a ella asistieron más de 250 personas. El Post-CROI 2018 contó con la participación de los doctores **Bonaventura Clotet, Josep María Miró, Arkaitz Imaz, Pere Domingo, Beatriz Motte, Eugenia Negro, Javier Martínez-Picado, Julià Blanco, Josep Maria Llibre y Daniel Podzamczar.** Todas las ponencias se pueden seguir en directo online, en streaming y también a través del **canal de Youtube** de la fundación. Las presentaciones también se pueden descargar en formato PDF.

<http://xurl.es/d5p45> | 13/03/18
Fecha de acceso: julio de 2018



La primera interacción de cine y sida en Hollywood fue la muerte de Rock Hudson, que creó en la industria una reacción de angustia”, asegura el crítico de cine Yayo García. En enero se presentó en Madrid la película francesa ‘120 pulsaciones por minuto’, galardonada con el Gran Premio del Jurado en el pasado festival Cannes. Con ese motivo, García, Mili Hernández, editora y alma de la librería Berkana; Jorge Garrido, director de la asociación Apoyo Positivo, y Juan Roures, periodista en M21Radio y escritor, repasaron cómo se aborda el VIH en películas, libros y medios de comunicación. Los cuatro coincidieron en señalar que en el cine, como en las series de televisión y en los medios en general, impera una visión etnocentrista del VIH en la que todavía pesa mucho el estigma. “La inmensa mayoría de películas sobre el VIH son de temática gay. La enfermedad se sigue asociando a la comunidad LGTB, quizá porque fue ésta la que encabezó la lucha al ver que nadie deseaba hacerlo”, dijo Roures en ese encuentro.

Por su parte, Garrido y Hernández insistieron en que la imagen que se proyecta del enfermo de VIH corresponde a la de un hombre blanco y homosexual, y se olvida el hecho de que gran parte de los 40 millones de casos y fallecimientos registrados hasta la fecha tienen lugar en países africanos o asiáticos. “No vemos la realidad del sida actual, sino la del VIH occidental”, subrayaron.

Las primera películas sobre VIH

La primera película hecha para la televisión sobre el sida, ‘An Early Frost’, de John Erman, se presentó el 11 de noviembre de 1985 en la cadena estadounidense NBC. Fue una producción preparada durante casi dos años que procuró no herir susceptibilidades y despertar el interés en los telespectadores que nunca se hubiesen imaginado tocados física o emocionalmente por la enfermedad. La información que ofrecía sobre las vías de transmisión de la infección era

“Si Hollywood trató el sida tarde y mal fue, primero, por desconocimiento y, segundo, por su condición de enfermedad de transmisión sexual. El sexo es el gran tabú de Hollywood. Si el virus se transmitiera a través de la pólvora, seguro que habría aparecido antes en pantalla”.

El VIH en el cine:

LA ALARGADA SOMBRA DEL ESTIGMA



Rock Hudson, primer actor fallecido por sida en 1985.

CLASSIC FILM SCANS (CC BY 2.0)

correcta. Además, combatía los miedos infundados a contaminaciones masivas y a fallecimientos inmediatos.

‘Las noches salvajes’ (1992), de Cyrill Collard, fue el primer largometraje sobre la vida de un paciente con sida. Estaba basado en la novela ‘Les Nuits Fauves’ (1989), del propio realizador. Tenía mucho de autobiográfica, ya que Collard estaba infectado y había decidido interpretar el papel de protagonista. El director fue más allá del papel habitual de un cineasta: se convirtió en el mensajero de una causa. Y así relataba cómo en un determinado momento de su vida tuvo relaciones sexuales y no utilizó el preservativo a pesar de saber que estaba infectado por el virus. Revelaba sus paseos nocturnos de sexo fácil por la ribera del

Sena. Confesaba crudamente cómo era su vida sin pretender dar lecciones de moralidad ni tampoco pedir disculpas. Y mostraba cómo su vida podía ser igual a tantas otras en aquellos años.

La película obliga al espectador a superar sus prejuicios, ideas o incluso ideales. La prevención del contagio es cosa de todos, viene a decir, independientemente de lo que se haga. La revista Cahiers du Cinema considera la cinta de Collard como la más perturbadora del cine francés de los últimos años. ‘Las noches salvajes’ obtuvo el César a la mejor película del año en 1993. El director no pudo recoger el premio: había fallecido tres días antes. Pero dejó un mensaje grabado que se leyó durante la ceremonia: “El mundo no es sólo una cosa estática,

exterior a mí: participo en él. Se me ha ofrecido. Probablemente, voy a morir de sida, pero ya no es mi vida: yo estoy en la vida”.

Drama, discriminación y demagogia

Por las mismas fechas, la galardonada con un Oscar ‘Philadelphia’ (1993), de Jonathan Demme, narraba la historia de un abogado despedido tras haber contraído el virus. Protagonizada por Tom Hanks, la cinta planteaba por primera vez la problemática de la homofobia y de la discriminación de la población gay en Estados Unidos dentro del contexto del sida. Por su gran éxito comercial, puso en contacto a grandes sectores de la población con la enfermedad. Presen-



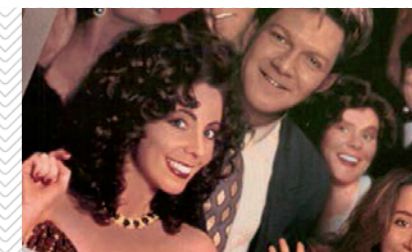
TOP 20 PELÍCULAS SOBRE VIH/SIDA



1 COMPAÑEROS INSEPARABLES
EE.UU., 1990. De Norman René; con Campbell Scott, Stephen Caffrey, Bruce Davison. A principios de los años 80, un pequeño círculo de amigos ven afectadas sus vidas con la aparición del SIDA. La terrible enfermedad todavía es una desconocida en aquel entonces, y se atribuye a la población homosexual. Es difícil tanto identificarla como combatirla. El grupo de amigos tratará de estar lo más unido posible durante los años posteriores, aunque, tristemente, algunos de ellos se verán afectados por el virus.



2 VIVIR HASTA EL FIN
EE.UU., 1992. De Gregg Araki; con Mike Dytri, Craig Gilmore, Mark Finch. Luke es un chapero gay. Jon es un crítico de cine. Ambos tienen el VIH y deciden embarcarse en un hedonista y peligroso viaje. Su lema: “Fuck the world” (que le jodan al mundo). Un road movie que no deja indiferente a nadie.



3 LOS AMIGOS DE PETER
EE.UU., 1992. De Norman René; con Campbell Scott, Stephen Caffrey, Bruce Davison. Aprovechando la ausencia de sus padres, Peter (Stephen Fry) invita a sus mejores amigos, a los que no ve desde hace años, a celebrar la Nochevieja en su mansión: son los amigos entrañables del colegio, con los que representaba obras de teatro y revistas musicales. Juntos se divierten, pero también salen a relucir sus problemas, sus sueños y esperanzas rotas, pero lo que ninguno imagina es la sorpresa que Peter les tiene reservada para el final de la fiesta.



«Si Hollywood trató el sida tarde y mal fue, primero, por desconocimiento y, segundo, por su condición de enfermedad de transmisión sexual. El sexo es el gran tabú de Hollywood. Si el virus se transmitiera a través de la pólvora, seguro que habría aparecido antes en pantalla»

Rubén Romero Santos
Universidad Carlos III



TOP 20 PELÍCULAS
SOBRE VIH/SIDA

Referencias

EL PAÍS, 11/01/18
<http://xurl.es/qaakm>

EL MUNDO, CINEMANIA, 14/03/14
<http://xurl.es/nit4x>

MONOGRAFÍA 'CINE, EMOCIÓN Y VIH'. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH-SIDA EN ASTURIAS (PAVSA). CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

COMPARTIRMOMENTOS.ES 26/10/17
<http://xurl.es/h5az2>

UNIVERSIA.ES, 02/12/16
<http://xurl.es/v6cl7>

TELEVISA, 03/12/15
<http://xurl.es/p9960>

Fecha de acceso: julio de 2018

tó la realidad social de una época en la que el sida todavía era una enfermedad terminal, la eficacia del AZT muy relativa y la discriminación de los infectados un hecho incontestable. “Colmada de buenas intenciones, la cinta puso el VIH en el punto de mira de Hollywood, especialmente cuando Hanks se alzó con su primer Óscar. Sólo por eso, siempre estaremos agradecidos a ‘Filadelfia’. Sin embargo, vista en perspectiva, esta obra es un claro ejemplo de cine social hecho desde fuera, o sea, por personas ajenas tanto al colectivo gay como al VIH que terminan aportando la perspectiva establecida sobre un tema tan delicado”, asegura Roures.

Desde entonces, no son muchas las producciones que se han detenido en mostrar todas las aristas del VIH-sida. Cintas muy conocidas como ‘Amor fatal’ (1992), ‘En el filo de la duda’ (1993) o ‘Dallas Buyers Club’ (2013) inciden en lo mismo. En ellas, de una u otra manera,

el enfoque del VIH continúa apuntando con el dedo al homosexual que contrae el virus como castigo por su comportamiento promiscuo. “Se nota una fijación por el gay blanco. Y se suele tratar desde un plano más individual”, insiste Yago García. Miguel Luis Tomás, vocal de la coordinadora CESIDA, sostiene que la búsqueda del dramatismo en un film sobre el virus es “tal vez perjudicial, pero entendible desde el punto de vista comercial”. “Tal y como están las cosas ahora, la realidad sobre el VIH no vende: lo que venden son las historias de discriminación sobre el toxicómano o el gay”, añade Tomás. Juan Sardá, crítico de El Cultural, se muestra algo más cauto: “Por una cuestión meramente estadística, podemos decir que el sida ha afectado más a gays que a heterosexuales, así que da rabia que se tenga que recurrir a un héroe hetero para buscar la identificación del público. Lo cual no está mal, pero tiene una intención muy pedagógica”.

Rubén Romero Santos, periodista y profesor de Comunicación Audiovisual de la Universidad Carlos III, pone los puntos sobre las íes: “Si Hollywood trató el sida tarde y mal fue, primero, por desconocimiento y, segundo, por su condición de enfermedad de transmisión sexual. El sexo es el gran tabú de Hollywood. Si el virus se transmitiera a través de la pólvora, seguro que habría aparecido antes en pantalla”.

También hay excepciones

En medio de este cosmos serocinematográfico, de vez en cuando emergen películas que tratan de contar la realidad del VIH desde una visión alejada del manido estereotipo de seropositivo homosexual. Un ejemplo es ‘Kids’ (1995), que narra los problemas de un grupo de adolescentes y su búsqueda de la felicidad a través del alcohol, las drogas y el sexo, para mostrar la realidad social de Estados Unidos en los años noventa del

pasado siglo. Se trata de una de las representaciones más crudas que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha tenido en el cine. Sorprendió por las grandes actuaciones de actores prácticamente noveles, entre los que se encontraban Chloë Sevigny o Rosario Dawson. Los protagonistas, Telly y Casper, son dos amigos que presumen del consumo de drogas y de practicar sexo sin protección. Telly está obsesionado con acostarse con chicas vírgenes que luego olvida. Jennie, amiga de ambos, descubre que es portadora del VIH debido a su ‘affair’ con Telly: es la única persona con la que ha mantenido relaciones sexuales. Pero Telly desconoce que es portador del virus.

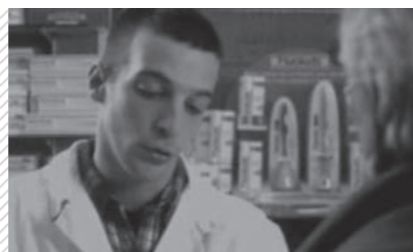
Otra muestra de cine realista sobre VIH es la mencionada ‘120 pulsaciones por minuto’, el tercer largometraje de Robin Campillo, que deviene, desde la ficción, un ejercicio de memoria viva sobre el activismo del grupo Act-Up París. Act-Up París es una de las organiza-



4 EN EL FILO DE LA DUDA
EE.UU., 1993. De Roger Spottiswoode; con Matthew Modine, Alan Alda. Minucioso relato de las reacciones sociales ante el descubrimiento del sida y el tenso trabajo de los profesionales y médicos que lo investigan.



5 PHILADELPHIA
EE.UU., 1993. De Jonathan Demme; con Tom Hanks, Denzel Washington, Antonio Banderas. Andrew Beckett, joven abogado de Filadelfia que ha contraído el sida, es despedido de un prestigioso bufete de abogados donde trabaja cuando sus jefes se enteran de lo ocurrido. Decide demandar a la empresa por despido improcedente, pero ningún abogado acepta su caso. Película homenaje a Juan Botas, artista gijonés, fallecido de sida en 1993, como un homenaje emotivo y sincero de su amigo Jonathan Demme.



6 3.000 GUIONES CONTRA UN VIRUS
Francia, 1994. En 1994 se realizó un concurso en Francia en el que participaron más de 4.000 jóvenes guionistas menores de veinte años. Con 30 de sus guiones, otros tantos directores rodaron cortometrajes en 35 mm. Estos cortos son el reflejo de la percepción de los jóvenes sobre el sida en 1994. Estas películas no dan respuestas, sólo son una reflexión sobre los problemas que plantea el VIH-Sida a la sociedad.



7 QUE NADA NOS SEPARE
EE.UU., 1995. De Peter Horton; con Brad Renfro, Joseph Mazzeo, Annabella Sciorra. Erik, un joven de trece años, y su madre se trasladan a una nueva casa en Minnesota. El muchacho se siente como un pez fuera del agua y tiene dificultad para encontrar amigos, hasta que conoce a Dexter, un chico más pequeño que vive en la casa de al lado. Erik y Dexter se llevan muy bien, pero un día la madre de Erik le prohíbe acercarse a su amigo porque se entera de que hace unos años contrajo el sida a causa de una negligencia en una transfusión de sangre.



8 KIDS
EE.UU., 1995. De Larry Clark; con Leo Fitzpatrick, Sarah Henderson, Justin Pierce, Joseph Chan, Jonathan Staci Kim. Una dura visión, narrada semidocumentalmente, sobre la vida de un grupo de adolescentes de ambientes marginales de Nueva York. La historia se centra en uno de ellos Telly (Leo Fitzpatrick), obsesionado con mantener relaciones con chicas vírgenes de las que luego se olvida. Una de sus relaciones anteriores descubre que es seropositiva, siendo Telly el único con quien ha mantenido relaciones.



9 FIESTA DE DESPEDIDA
EE.UU., 1996. De Randal Kleiser; con Eric Roberts, Lee Grant, Olivia Newton-John. Nick Stark acaba de conocer la noticia de que tiene perdida la batalla contra el virus del sida y decide afrontar su próxima muerte con dignidad. En vez de derrumbarse, decide acabar su vida tal y como la vivió, pletórico de alegría y vitalidad, rodeado de su familia y amigos, que le acompañarán en una última fiesta de dos días de duración.



«Por una cuestión meramente estadística, podemos decir que el sida ha afectado más a gays que a heterosexuales, así que da rabia que se tenga que recurrir a un héroe hetero para buscar la identificación del público. Lo cual no está mal, pero tiene una intención muy pedagógica»

Juan Sardá
El Cultural (El Mundo)

TOP 20 PELÍCULAS
SOBRE VIH/SIDA

ciones que más ha luchado en Francia por la visibilización de la enfermedad y por la articulación de políticas sanitarias, desde la prevención a los cuidados paliativos, que la combatan de forma eficaz. “Pocas películas se han acercado al sida con tanta honestidad, revelando sus innegables horrores sin dejarse arrastrar por el melodrama, de forma que sean sus víctimas, y no sus síntomas, quienes se lleven el protagonismo”, afirma Roures. Tal y como cuenta el film al inicio, en Francia la mayoría creía entonces que usar preservativo era un signo de desconfianza o de vida sexual muy activa. “La respuesta institucional es muy tardía, como la respuesta del cine. Y el desconocimiento siempre lleva a la estupidez”, se lamenta el periodista.

En el cine español encontramos dos ejemplos destacables de películas que han mirado el VIH desde un prisma diferente, proporcionando una imagen más real, alejada de clichés y actitudes

victimistas. En ‘Todo sobre mi madre’, de Pedro Almodóvar, la protagonista, Rosa, encarnada por Penélope Cruz, está embarazada e infectada por el VIH y su caso llama la atención, cinematográficamente hablando, por ser fruto de un contagio heterosexual. La reciente ‘Estiu 1993’ (‘Verano 1993’), de Carla Simón, estrenada en junio de 2017, gravita alrededor del virus sin nombrarlo en ningún momento.

¿Creen posible los expertos que el cine americano mostrará alguna vez a un seropositivo en Estados Unidos haciendo una vida absolutamente ‘normal’? Jorge Garrido no lo tiene nada claro: “En todos estos años no se ha avanzado tanto como en el aspecto médico. Problemas básicos en la cuestión del sida, como la discriminación, la homofobia o el clima de odio hacia el diferente, siguen ahí. Hasta que la sociedad no cambie, no cambiarán los proyectos artísticos”, concluye el director de Apoyo Positivo.



10 TODO SOBRE MI MADRE
España, España. De Pedro Almodóvar; con Cecilia Roth, Marisa Paredes, Penélope Cruz, Candela Peña. Madrid. Manuela, una madre soltera, ve morir a su hijo el día en que cumple 17 años por echarse a correr para conseguir el autógrafo de Huma Rojo, su actriz favorita. Destrozada, Manuela viaja entonces a Barcelona en busca del padre del chico.



11 ÁNGELES EN AMÉRICA
(Serie) EE.UU., 2003. De Mike Nichols; con Al Pacino, Meryl Streep, Emma Thompson, Patrick Wilson. Cuando Prior Walter (Justin Kirk) le confiesa a su amante Lou (Ben Shenkman) que ha contraído el sida, éste lo abandona. A medida que la enfermedad y la soledad destruyen a Prior, la culpa consume a Lou. Al mismo tiempo, Roy Cohn (Al Pacino), un hombre muy influyente, anima a Joe Pitt (Patrick Wilson), abogado mormón y republicano, a trabajar en el Departamento de Justicia. Ambos ocultan su homosexualidad: Pitt por vergüenza y por razones religiosas, Cohn para conservar el poder.



12 THE EDUCATION OF SHELBY KNOX
EE.UU., 2005. De Rose Rosenblatt y Marion Lipschutz; con Rene Caudillo, Yvonne Caudillo, Amanda Noble. Shelby Knox es una estudiante de quince años que vive en Lubbock, una pequeña ciudad de Texas (Estados Unidos). Religiosa y perteneciente a una familia conservadora, decide unirse al Consejo de la Juventud, un organismo donde el ayuntamiento da voz a los jóvenes para expresar sus problemas. Shelby y sus compañeros proponen una educación sexual integral, que abarque más aspectos y que sea más tolerante con otras orientaciones sexuales.



13 PRECIOUS
EE.UU., 2009. De Lee Daniels; con Gabourey Sidibe, Mo’Nique, Paula Patton, Mariah Carey. Clareece ‘Precious’ Jones (Gabourey Sidibe) es una adolescente negra y obesa de Harlem cuya madre (Mo’Nique) la maltrata constantemente. No sabe leer ni escribir y, cuando se descubre que está embarazada, es expulsada de la escuela. A pesar de todo, la directora del centro la inscribe en una escuela alternativa para que intente encauzar su vida. Su nueva profesora (Paula Patton) es la primera persona que confía en Precious y la trata con respeto.



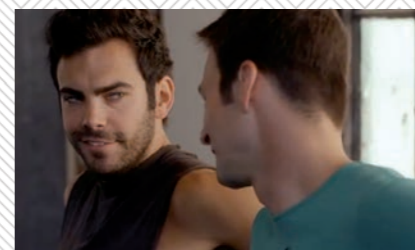
14 PHILLIP MORRIS, ¡TE QUIERO!
EE.UU., 2009. De Glenn Ficarra y John Requa; con Jim Carrey, Ewan McGregor. Cansado de fingir ser un modélico y convencional padre de familia, Steven Russell decide que su vida deje de ser una farsa y le cuenta la verdad a su mujer Debbie (Leslie Mann): es homosexual y lo sabe desde niño. Se entrega entonces a una vida disipada, pero, para poder cubrir sus gastos, comete una serie de fraudes que lo llevan a la cárcel. Allí mantiene una relación amorosa con su compañero de celda, Phillip Morris (Ewan McGregor).



15 HOW TO SURVIVE A PLAGUE
EE.UU., 2012. De David France con Peter Staley, Garance Franke-Ruta. Narra la historia de dos coaliciones –ACT UP y TAG (Treatment Action Group)– cuyo activismo y la innovación convirtió a la enfermedad del sida de ser una sentencia de muerte para quien lo tuviera a ser una condición manejable para llevar una vida normal.



16 DALLAS BUYERS CLUB
EE.UU., 2013. De Jean-Marc Vallée; con Matthew McConaughey, Jennifer Garner, Jared Leto. Basada en la vida real de Ron Woodroof, un cowboy de rodeo texano, drogadicto y mujeriego, al que en 1986 le diagnosticaron sida y le pronosticaron un mes de vida.



17 TEST
EE.UU., 2013. De Chris Mason Johnson; con Kevin Clarke, Kristoffer Cusick. San Francisco, 1985. El test para detectar en sangre el VIH comienza a practicarse en un contexto en el que la comunidad gay, célebre por su creativa y disidente práctica de los placeres sexuales, se enfrenta a un nuevo estigma traducido como la ira de la naturaleza sobre cuerpos negados a “una verdad”. Alegorizados como efectos virales de la culpa, estos cuerpos pasan a ser considerados una amenaza contra la salud pública.



18 THE NORMAL HEART
EE.UU., 2014. De Ryan Murphy; con Mark Ruffalo, Matt Bomer, Taylor Kitsch, Jim Parsons, Julia Roberts. En la época de mayor virulencia del sida, se ignoraba casi todo sobre una enfermedad que se calificó como “el cáncer gay”. El film cuenta cómo la sociedad estadounidense fue asimilando la expansión de la gran epidemia. El guionista Larry Kramer traslada a la pantalla su propia experiencia vital en Nueva York a comienzos de los años 80.



TOP 20 PELÍCULAS
SOBRE VIH/SIDA



10 ESTIU 1993

España, 2017. De Carla Simón; con Laia Artigas, Bruna Cusí, David Verdaguer. Frida (Laia Artigas), una niña de seis años, afronta el primer verano de su vida con su nueva familia adoptiva tras la muerte de su madre. Lejos de su entorno cercano, en pleno campo, la niña deberá adaptarse a su nueva vida.



20 120 PULSACIONES POR MINUTO

Francia, 2017. De Robin Campillo; con Nahuel Perez Biscayart, Arnaud Valois, Adèle Haenel. París, principios de los años 90. Un grupo de jóvenes activistas intenta generar conciencia sobre el sida. Un nuevo miembro del grupo, Nathan, se quedará sorprendido ante la radicalidad y energía de Sean, que gasta su último aliento en la lucha.

Entrevista/

Carla Simón: «El estigma es hoy absurdo. No pasa nada por vivir con el VIH»



Directora, 'Verano 1993'

Directora de cine y guionista española. Nació en Barcelona en 1986. Creció en Les Planes d'Hostoles, a donde se mudó tras quedar huérfana y ser adoptada por sus tíos, tal como quería su madre. En 2011 recibió una beca de La Caixa y se trasladó a Londres para estudiar en la London Film School. En ese tiempo dirige el documental *Born Positive* y la ficción *Lipstick*, ambos seleccionados en numerosos festivales internacionales. Su primer largometraje, *Estiu 1993* (*Verano 1993*) llega en 2017. Ha emocionado tanto al público como a la crítica. La película fue elegida para representar a España en los Oscars. Ha obtenido tres goyas y fue calificada como la mejor ópera prima en la Berlinale, entre otros muchos reconocimientos.

INICIA FILMS



–En 'Estiu 1993' el sida atraviesa la película, pero la palabra no se menciona en ningún momento.

–Yo no supe que mis padres habían muerto de sida hasta que tenía doce años, que fue cuando me lo contaron. Y entonces pensé: si la película se realiza desde el punto de vista de la niña, esa palabra no puede salir, hay que encontrar maneras sutiles de contar eso. Yo no heredé el VIH de mi madre, pero sí me planteé cómo podría funcionar la película si la niña lo tuviera. Sin embargo, llegué a la conclusión de que no, de que entonces se convertiría en el drama de la película, porque las películas que hablan de eso tienen ese peligro, cuando yo quería que fuera básicamente el contexto. Así que tuve que inventar otras fórmulas para explicarlo al espectador, pero sin que apareciera la palabra sida. Sí me parecía

importante que la película estuviera situada en 1993, cuando ese problema estaba presente y la gente moría de eso, pero no que fuera el tema central.

–La escena en que Frida, tu alter ego en la película, se cae y se hace sangre en el parque retrata el miedo y el desconocimiento de la época. ¿Esa escena sucedió realmente?

–Esas escenas que puse relacionadas con el tema yo no las viví realmente, porque entonces no lo sabía y ni me lo podía imaginar. Era algo que incluí en la película dirigiéndome al espectador más que a la niña y a su psicología. A mí lo que me interesaba era hablar de mi experiencia, de lo que recuerdo, de cómo un niño se enfrenta a la muerte desde lo que había vivido yo. Por eso, aquello no entraba en la ecuación, lo puse como una manera de hablar del contexto, y creo que por eso al final es algo muy sutil. El espectador puede entender de qué murieron los padres, pero a mí en realidad eso no es lo que más me importa. Me da igual que pueda haber gente que salga del cine sin haber entendido de qué murieron.

–Frida vive una realidad dura, pero no aparece como víctima. Un enfoque poco habitual en el cine en torno al VIH.

–Bueno, es que la película retrata a una niña que no era inocente. Los niños no son inocentes, tienen partes oscuras. Victimizar al personaje no llevaba a ningún lado.

A mí me educaron en el "sí, murió tu madre, pero, ya: no eres una víctima de nada". Recuerdo mucho el esfuerzo de mi madre [la tía que la adoptó] por no victimizarme, las conversaciones en las que me decía: "Ya no eres

la pobre niña, ahora eres una niña normal". Por eso era importante no tratar a Frida como una pobre niña, sino darle una complejidad.

–Fue a los doce años cuando supiste que tus padres habían muerto de sida. ¿Por qué tan tarde?

–Una niña no podía ir diciendo eso en una época en la que la enfermedad era tan desconocida y la gente tenía miedo.

–¿Cómo reaccionaste?

–Saberlo transformó la imagen que tenía de mis padres, me hizo plantear qué tipo de vida llevaron y por qué. Después de la muerte de Franco, en España hubo una libertad absoluta. Y entró mucha droga. Se consumía muchísima heroína. La gente no tenía idea de las consecuencias que esto tenía. Ellos querían experimentar y ser libres, algo que no habían podido hacer antes. Entonces, mucha gente se enganchó a eso, entre ellos mis padres. Así fue cómo mucha gente murió de sida. Mi madre falleció en 1993 y mi padre unos años antes. Tuvieron muy mala suerte. Pasé una época intentando aceptarlo, entenderlo, fueron años de reflexionarlo y no compartirlo mucho, hasta que llegó un momento en que me dije: esta es mi historia y he de explicarla así.

–De alguna manera, eso ha tenido impacto en ti, pues el VIH ya estaba presente en tu documental *Born Positive*.

–Hice *Born Positive* antes de pensar que *Verano 1993* sería mi primera película. Fue un ejercicio documental que hicimos en la escuela de Londres pues, como yo no había heredado el VIH de mi madre, tenía mucha curiosidad por saber cómo era o cómo se sentían los

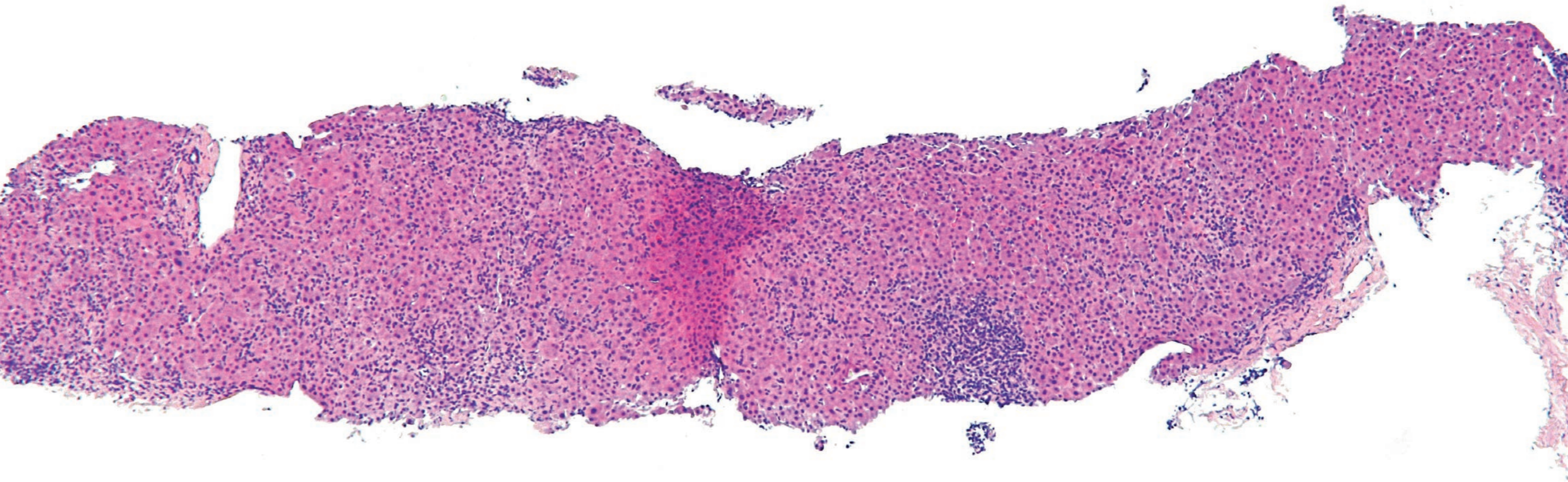
jóvenes a los que sí que les había pasado esto. *Born positive* es un documental sobre tres jóvenes londinenses que nacieron con el VIH. Todos comparten un secreto que se les ocultó cuando eran niños y, una vez que lo descubren, tienen que esconderlo de los demás. La culpa, la ira o la ignorancia son algunos de los sentimientos que enfrentan al tener una enfermedad tan impopular heredada de sus madres. Debido al estigma que tienen que enfrentar, sus historias fueron filmadas con actores que imitan sus voces reales.

–En los Goya dedicaste el premio a tus padres y a todos los de su generación que murieron de sida. Hablaste de lo absurdo del estigma del VIH...

–Sí, lo dije ese día y lo repito: creo que es muy absurdo que tenga hoy un estigma, no pasa nada por vivir con el VIH. El sida tiene una connotación negativa que, por ejemplo, el cáncer no tiene. Es como que has hecho algo mal para tenerla, y por eso tiene ese estigma, cuando en realidad es algo que todos hemos hecho alguna vez o, simplemente, se debe a la mala suerte.

–¿Has tenido reacciones de otros huérfanos por el sida?

–Sí, esa parte ha sido muy fuerte. He recibido muchos mensajes de personas que pasaron por lo mismo. A muchos no he podido contestarles todavía porque todo esto ha sido todo una locura, pero es de las cosas más bonitas que me han sucedido. También, se han puesto en contacto conmigo amigos de mi madre, amigos que yo no conocía. Me alegra que la película haya servido de pretexto para que ellos hayan vuelto a juntarse





TRAYECTORIA

Ferrán Pujol (Reus, 1959)

1986 Fue diagnosticado con VIH y en 1993 funda la ONG projecte dels NOMS-Hispanosida para dar respuesta a la crisis del sida.

1994 Presentan el tapiz 'Memorial del sida', una colcha en la que se bordan los nombres de los fallecidos, en el primer Memorial Internacional del Sida, que ha se convertido en la principal cita anual en recuerdo de los millones de desaparecidos a causa de la epidemia.

1994 La ONG crea Infotrat, un programa de información y asesoramiento sobre el VIH y sus tratamientos.

1998 Projecte dels NOMS-Hispanosida colabora en la creación de ATOS (Asociación para el Trasplante de Órganos a Seropositivos) para acabar con la exclusión de las personas con VIH de los programas de trasplantes de órganos.

2004 Para promover el diagnóstico precoz de la infección, implementa el Día de la Prueba del VIH, que actualmente se celebra a nivel nacional el 20 de octubre.

2005 El Ayuntamiento de Barcelona concede la medalla de honor a Projecte dels NOMS por su apoyo a los afectados y por su contribución a la promoción de los valores cívicos.

2006 La ONG crea BCN Checkpoint.

Seis años después de su diagnóstico en 1986, este activista fundó la ONG Projecte dels NOMS-Hispanos para hacer visible la epidemia entre la sociedad y dar apoyo a las personas afectadas. Hoy, dirige BCN Checkpoint, un centro comunitario de detección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual dirigido a hombres gays, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transexuales.

¿Cómo y cuándo surgió BCN Checkpoint?

R: BCN Checkpoint surgió en 2006 con el objetivo de colaborar en el diagnóstico precoz del VIH. **Fuimos pioneros a la hora de introducir la prueba rápida en un centro comunitario atendido en aquel momento por personal no médico.** Se trataba de acercar la prueba diagnóstica especialmente al colectivo gay y de hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans por su elevada

prevalencia y vulnerabilidad. Hicimos una encuesta de aceptación sobre esta nueva herramienta de diagnóstico y a un 93% de los entrevistados le parecía muy buena idea recibir el resultado en treinta minutos. Además, el 97% prefería que esa prueba se hiciera en una entidad gestionada por iguales que en un centro hospitalario sanitario convencional. El impacto de nuestro trabajo fue enorme. En Cataluña, entre todas las organizaciones, se realizaban unas 1.000 pruebas convencionales al año; al introducir la prueba rápida, esta cifra se disparó. Sólo nosotros hemos pasado de hacer mil pruebas en 2006 a las ocho mil que hacemos en la actualidad. Al inicio, sólo hacíamos el test del VIH, pero más tarde introdujimos también clamidia, gonorrea, sífilis, vacunación de las hepatitis virales A y B...

Nuestro modelo para detectar y prevenir el contagio en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transexuales se ha extendido por toda Europa y hemos recibido el reconocimiento de instituciones como el Centro Europeo para la Prevención y control de Enfermedades (ECDD), con sede en Estocolmo. También, nos han reconocido instituciones como la Orga-

Ferrán Pujol:
 “Decir que se ha perdido el miedo al VIH es casi ofensivo. Estos mensajes estigmatizan a todo un colectivo”



nización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). En la actualidad, ya existen en toda Europa centros como el nuestro, gestionados por la propia comunidad, que tienen como objetivo fomentar la prueba diagnóstica del VIH y detección de otras ETS.

¿Cómo cree que ha influido en la propagación de la infección la posibilidad de diagnóstico del VIH fuera del entorno hospitalario?

R: Sin lugar a dudas, Checkpoint ha jugado un papel fundamental en la reducción de infecciones. Promovimos un cambio en las recomendaciones a la hora de hacerse la prueba, aconsejándola al menos una vez al año a los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, independientemente de que usaran preservativo o no. En el caso de que no lo utilizaran, aunque fuera en momentos determinados, esta recomendación se reducía a seis o incluso a tres meses. Del año 2013 al 2016, lanzamos campañas anuales recomendando la prueba a las personas sexualmente muy activas no sólo cuando se tuviera la sospecha de una posible infección sino como control rutinario, como cuando las mujeres van al ginecólogo una vez al año y así se descartan posibles cánceres. Al acudir periódicamente al centro, también se podía influir en el fomento de la protección con las herramientas que se tenían entonces, que no eran muchas, el preservativo y poco más. Ahora se tienen más, o se tendrán muy pronto, como la PrEP. En 2017 hicimos 8.694 pruebas a 5.753 personas distintas. De los 700 nuevos casos que se registran en Cataluña, entre el 30% y 35% se diagnostica en BCN Checkpoint. En nuestro caso, la prueba es muy coste-efectiva: hacemos muchos menos tests que en el sistema sanitario convencional y detectamos más casos. Y no sólo podemos diagnosticar mucho,

«Con la incidencia tan enorme que tiene el VIH en la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres, se debería usar la carga viral como método directo de diagnóstico»

«No se puede pretender acabar con la epidemia únicamente con los métodos que tenemos en la actualidad»

«Sin lugar a dudas Checkpoint ha jugado un papel fundamental en la reducción de infecciones»

también de forma muy rápida. En el año 2012, el 15% de los casos correspondía a infecciones de menos de tres meses. En 2017, el total de diagnósticos de menos de tres meses ha sido del 63%.

¿También realizan pruebas de carga viral?

R: Hemos implementado tecnología Point of Care, que permite obtener de forma rápida el nivel de carga viral. Así, cuando detectamos que una persona ha tenido una clara exposición de riesgo, a pesar de que la prueba del anticuerpo o antígenos sea negativa, le ofrecemos la prueba de carga viral. El sistema GeneXpert permite tener los resultados en noventa minutos y saber con total seguridad si una persona está infectada o no. Con la incidencia tan enorme que tiene esa comunidad, se debería usar la carga viral como método directo de diagnóstico, prescindiendo de anticuerpos. **El problema es que si una persona recién infectada se hace el test rápido y el resultado es negativo, hasta la próxima vez que vuelva, si vuelve, no sabrá la verdad.** La prueba de carga viral nos ha permitido diagnosticar por lo menos un 10% más de infecciones anuales, y es obvio que no es lo mismo que el paciente empiece a tratarse a los diez días de haberse infectado, que a los cuatro meses o a los tres años. Estas personas tendrán menos reservorios y serán buenos candidatos para cuando exista una vacuna terapéutica.

¿Cómo es la colaboración con las instituciones sanitarias?

R: Los clínicos perciben muy bien nuestro trabajo, pero el sistema entra en una especie de competencia absurda. Da la sensación de que molesta que una entidad privada gestionada por los propios afectados sea capaz de dar una buena respuesta. Esto en realidad no tiene sentido, ya que la OMS, la ECDC o ONUSIDA hace tiempo que recomiendan favorecer

la expansión de este tipo de centros de proximidad. No somos competencia ni estamos creando un sistema sanitario paralelo. De hecho, somos complementarios, una puerta de entrada la Sanidad, ya que derivamos más del 98% de los casos diagnosticados en nuestro centro.

¿Es optimista con la evolución a la baja de las infecciones?

R: No es casual que en la agencia de salud pública de Barcelona se vea por cuarto año consecutivo una disminución, ligera pero consistente, de nuevos diagnósticos en este núcleo de pobla-



«Con la incidencia tan enorme que tiene el VIH en la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres, se debería usar la carga viral como método directo de diagnóstico»

ción. La detección precoz junto con la rápida vinculación sanitaria y el inicio también rápido del tratamiento están siendo beneficiosos para toda la sociedad, además de para el propio paciente, obviamente. Pero, aunque este descenso de diagnósticos desde 2012 sea una buena noticia, no se puede pretender acabar con la epidemia únicamente con los métodos que tenemos en la actualidad. Es fundamental diagnosticar a los que están infectados e impedir que se infecten más.

En BCN Checkpoint también se ofrece un servicio de counselling, ¿en qué consiste?

R: En 1994 Hispanosida puso en marcha Infotrat, un servicio pionero de información sobre el tratamiento de VIH. En aquella época aún no habían aparecido ni los inhibidores de proteasas ni las terapias combinadas. Durante muchos años, hemos respondido a las dudas de centenares de personas y les hemos acompañado durante su tratamiento informándoles, fortaleciendo su adherencia. . . Hay que tener en cuenta que pasamos de tratamientos poco efectivos, que generaban muchas resistencias, a tratamientos más efectivos pero con muchos efectos secundarios, que en muchas ocasiones producían casi el mismo número de muertes que la propia enfermedad. Ahora, la situación ha cambiado, los nuevos tratamientos tienen un perfil de toxicidad muy bueno, las personas observan una bajada de la carga viral muy rápida y se mantienen clínicamente estables.

Esto no significa que no tengan interés en temas relacionados con los tratamientos, pero Infotrat se enfoca de otra forma: aunque sigue abierta la consulta individual, también organiza seminarios anuales. Uno es en noviembre, donde invitamos a clínicos de las principales unidades para que informen de las novedades. Nosotros financiamos íntegramente este encuentro, que reúne a unas 300 personas, la mayoría con VIH, pero también a personal sanitario como enfermeras o personas que tienen interés en el tema. El otro encuentro es en marzo: organizamos una reunión en la CROI, en Estados Unidos, para acercar a los pacientes los resultados de cada año.

Así que los servicios que ofrecemos en BCN Checkpoint son muy completos: la persona puede ser diagnosticada en nuestro centro, y cuando finalmente está en tratamiento, puede acudir a nosotros si le proponen, por ejemplo, entrar en un ensayo clínico o si le aconsejan un

tratamiento concreto y no otro, o si quiere conocer la opinión de otras personas con VIH. . .

¿Qué importancia tiene la ayuda psicológica?

R: Aunque las personas se mantengan clínicamente estables porque los tratamientos funcionan muy bien, esto no significa que emocionalmente no sea difícil de encajar. En el centro contamos con un psicólogo para ayudar a los usuarios a asumirlo, a afrontar cómo y cuándo contarle. . . Este especialista también atiende casos de personas que quieren desengancharse del chemsex o de las drogas, especialmente del GHB. Porque el perfil de nuestro usuario que consume drogas no corresponde con el perfil clásico de heroinómano que acude a los servicios administrativos. . .

¿Ha cambiado el perfil del usuario en todos estos años?

R: En realidad, nosotros atendemos a un grupo de población determinado, el de hombres que tienen sexo con hombres, cuyo perfil no varía demasiado. La mayoría no suelen estar desempleados, tienen un nivel de formación elevado, no están en riesgo de exclusión social. . . Si acaso tenemos un grupo de inmigrantes que no están en una situación tan cómoda. Pero el perfil medio no ha cambiado mucho. **Aunque tenemos un alto porcentaje de personas que acuden a nosotros de forma regular, también integramos entre 2.500 y 3.000 personas nuevas cada año.** Nuestro centro huye de los conceptos puramente sanitarios, está en el centro de la ciudad, es accesible, está muy bien valorado, realizamos más pruebas además de la del VIH. . . Todo esto hace que nuestros usuarios estén muy fidelizados.

La comercialización del test del VIH en farmacias, ¿influirá también en un incremento del número de diagnósticos?

R: Aunque no creo que vaya a influir demasiado, con un sólo diagnóstico más que aporte ya es suficiente. En todo caso, creo que nuestro público y el que soli-

cita este test en farmacias es diferente. Con todo, es positivo que se pueda hacer el test de forma totalmente anónima y no descarto que usuarios que ya se han hecho previamente la prueba en Checkpoint, que en nuestro caso es gratuita, posteriormente y para futuros tests acudan a la farmacia. Y al revés. En ocasiones vienen a nosotros personas que ya han sido diagnosticadas, incluso con pruebas realizadas en la sanidad pública. Porque confían en nosotros, porque estamos aquí para ayudar sin emitir juicios de valor sobre la sexualidad.

¿Cree que se ha bajado la guardia respecto al VIH?

R: No. Además, **creo que deberíamos huir de este tipo de conceptos que escuchamos a diario, como que se le ha perdido el miedo al sida.** Son ideas emitidas muchas veces por los propios profesionales y que denotan la incapacidad de nuestra sanidad pública de detener esta epidemia, aunque existen herramientas para hacerlo. Cuando se tiene una epidemia concentrada en un colectivo que representa el 4% de la población sexualmente activa, la probabilidad de infectarse es elevadísima, indistintamente de la actitud que se tenga frente a la sexualidad. Evidentemente, si no se usa ninguna medida preventiva, la persona no va a tardar casi nada en infectarse. Pero es que aunque tome medidas, si alguna vez por lo que sea no las toma, tiene muchas posibilidades de contraer la enfermedad.

Es decir, los hombres gays no se infectan porque sean despreocupados o hayan perdido el miedo, sino porque es un colectivo con una incidencia de infección altísima respecto a la población general. Creo incluso que hay más barreras protectoras en los hombres gays que en el resto de la sociedad. Es cierto que no podemos pretender que generaciones posteriores al inicio de la epidemia la valoren de la misma forma, pero decir que se ha perdido el miedo es casi ofensivo, estos mensajes estigmatizan a todo un colectivo. El miedo no se ha perdido. A pesar de la falta de educación sexual en

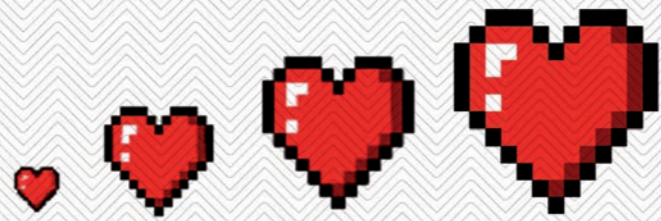
este país, a pesar de la falta de campañas y visibilidad, es curioso ver cómo las nuevas generaciones de hombres gays saben perfectamente qué es el VIH. Otra cosa es que dispongan de las herramientas suficientes para evitarlo.

¿Cómo percibe la comunidad gay las campañas de BCN Checkpoint en centros de ambiente? ¿Tienen buena acogida?

R: Nuestras campañas no están centradas en decirle a nadie lo que tiene que hacer, lo que se tiene o no se tiene que poner, sino que están enfocadas en aumentar el diagnóstico precoz. Nuestro objetivo es reducir la incidencia del virus. Empezando por detectar cuanto antes a los infectados y terminando por la PrEP; o al revés. Creemos que así se detendrá una afectación tan desproporcionada como la actual. Si tuviéramos una incidencia parecida a la de la población general, el hecho de que un hombre gay no use preservativo no supondría demasiado problema. De la misma manera que no lo supone en el resto de la población. Hoy en día, de cada 10.000 hombres gays se infectan 230 frente a los 2 de los hombres heterosexuales. Por lo tanto, es evidente que no tiene tanto que ver lo que uno deja de hacer o hacer, sino el entorno donde practica su sexualidad.

¿Veremos la erradicación del VIH?

R: Ojalá me equivoque, pero lo veo muy difícil a corto plazo. Es el objetivo, desde luego, y se está trabajando en esa línea, pero lo importantes es tener un buen control del virus, de la misma manera que se controla la hipertensión, aunque no se cure, o la propia diabetes.



CESIDA, el no diagnóstico y la acción comunitaria en España.

UN RECORRIDO POR CAMPAÑAS RECIENTES

Facilitar el acceso a la prueba del VIH es una de las estrategias que más apoyan los expertos para que el porcentaje de los diagnósticos tardíos en España baje. Por un lado, hay personas que no se la hacen por el desconocimiento de que existe una prueba sencilla y gratuita; por otro, hay quienes todavía se agarran a prejuicios y estigmas que hacen que crean que no es necesario comprobar si se tiene el virus. Otras personas, incluso, simplemente no se someten a la prueba por miedo al resultado y por no disponer de apoyo o herramientas para afrontarlo en caso de que dé positivo.

Ante esta situación, existen numerosas asociaciones y ONG que procuran acercar la prueba del VIH a la población, sobre todo a aquellos

grupos que pueden tener un mayor riesgo de contagio y/o transmisión. Lo hacen cada año mediante campañas. En España Coordinadora Estatal de VIH y Sida (CESIDA) es la entidad más representativa del movimiento ciudadano de VIH y sida. Tiene presencia en las 17 comunidades autónomas. Se fundó en 2002. En la actualidad, es referente para organizaciones, entidades e instituciones nacionales del Movimiento Asociativo Organizado que abordan la realidad del VIH y sida en nuestro país. Este movimiento lo forman 72 entidades que representan a más de 120 organizaciones.

Dada su relevancia, tiene más posibilidades de que sus mensajes calen hondo en la población. Sus últimas campañas se han basado en vídeos, mensajes, imágenes y carteles que tratan de promover y normalizar la prueba del VIH.

2014

‘Tenemos derecho a hacernos la prueba del VIH’

Referencias

CESIDA www.cesida.org
 CAMPAÑA 2014 <http://www.cesida.org/campana-vih-2014/>
 CAMPAÑA 2015 <http://www.cesida.org/campana-vih-2015/>
 CAMPAÑA 2016 <http://www.cesida.org/campana-vih-2016/>
 CAMPAÑA 2017 <http://www.cesida.org/recargatedevida/>
 Fecha de acceso: julio de 2018

● CESIDA presentó esta campaña en octubre de 2014 en la Casa de América de Madrid. Allí, el doctor López Bernaldo de Quirós, de la Unidad de Infecciosas y VIH del Hospital Universitario Gregorio Marañón, destacó que, aunque la problemática de la transmisión del VIH tiene menor eco mediático, la incidencia debe seguir mereciendo una atención destacada en materia de salud pública.

● Motivación de la campaña. En 2014 la coordinadora percibió que la proporción de casos diagnosticados de VIH en personas cuyo país de origen no es España había aumentando progresivamente hasta alcanzar el 38% del total. Después del origen español, el más frecuente era el latinoamericano (dos de cada diez diagnósticos).

Asimismo, el 60% de nuevas transmisiones en mujeres correspondía al colectivo de inmigrantes. Víctor Hueda Plaza, responsable del equipo de prueba rápida de la Fundación Triángulo, destacó que la incidencia en población HSH latinoamericana era casi del 30% en las pruebas realizadas.

● “La campaña invita a tomar conciencia y sensibilizar especialmente a la población de origen latinoamericano de la necesidad de realizarse la prueba del VIH. Se centra principalmente en el colectivo HSH, por el incremento de la incidencia del VIH en este grupo, y en las mujeres latinoamericanas, con el fin de evitar el diagnóstico tardío del VIH” —afirma Toni Poveda, director gerente de CESIDA—.

Características
 Producción audiovisual (Spots, testimonios)
 Gráfica
 Cartelería

Colaboradores y patrocinadores
 Aval científico del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la vinculación de GESIDA y SEISIDA, y el patrocinio de Gilead.



2015

'Razones de sobra'

Características

Producción audiovisual

- Spot
- Cuña de radio
- Testimonios

Gráfica

- Cartelería
- Flyers, Roll-ups

Internet

- Banners
- Redes sociales

Colaboradores y patrocinadores

Aval científico del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, GESIDA, SEISIDA. Con la colaboración de la Organización Médica Colegial (OMC) de España, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), el Consejo General de Enfermería (CGE) y la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS). Además, cuenta con el patrocinio de Gilead.

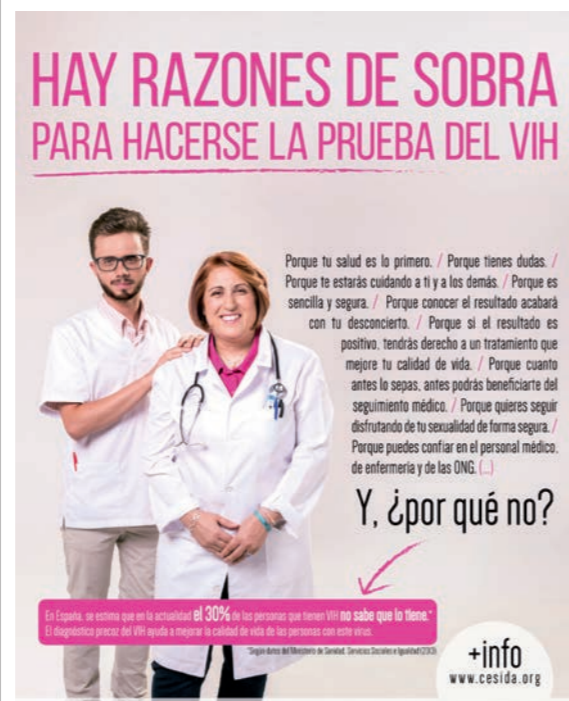


● CESIDA presentó esta campaña en octubre de 2015. La orientación, esta vez, cambió, centrándose en el papel de la Atención Primaria y dirigiéndose a todo tipo de personas. CESIDA destacó que la Atención Primaria se debería convertir en una puerta importante de diagnósticos de VIH y que la persona que solicite o a la que se le recomiende la prueba del VIH no debe sentirse cuestionada ni juzgada.

● El objetivo principal fue dotar de normalidad y naturalidad a la petición (por parte del usuario/a) o a la recomendación (por parte del profesional sanitario o

comunitario) de la prueba del VIH. La iniciativa se dirigía tanto a gente joven como adulta, de ambos sexos, de diferentes etnias, orientaciones sexuales, edades y sexos, con el fin de evitar el diagnóstico tardío del VIH.

● “Se trata de que la persona que solicite o a la que se le recomiende la prueba del VIH lo haga de forma natural, percibiéndolo en positivo, en pro de su salud sexual. La petición debe ser una más en la serología general solicitada por el personal sanitario, universalizando la prueba”, Juan Ramón Barrios, presidente de CESIDA.



2016

'Cerca de ti'

Características

Producción audiovisual

- Spot
- Cuña de radio
- Testimonios

Gráfica

- Cartelería
- Flyers, Roll-ups

Internet

- Banners
- Redes sociales

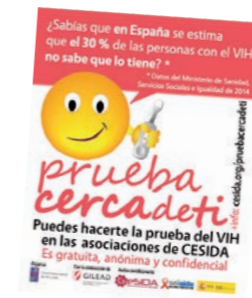
Móviles

- Whats app
- Redes sociales

En paralelo a la presentación de la campaña, algunas de las organizaciones pertenecientes a CESIDA impulsaron distintas actividades con el fin de potenciar la difusión de los mensajes.

Colaboradores y patrocinadores

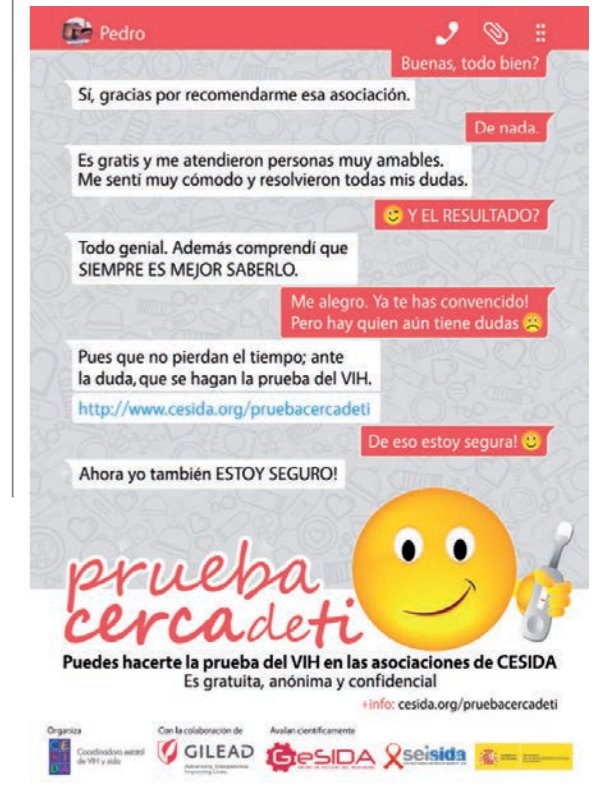
Contó con el aval científico del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, GESIDA, SEISIDA y el patrocinio de Gilead.



● CESIDA presentó en octubre de 2016 en Madrid la campaña nacional del diagnóstico precoz del VIH 'Prueba cerca de ti', que destacaba el valor de las 51 entidades de CESIDA que realizan la prueba del VIH.

● Motivación de la campaña. La campaña tuvo dos objetivos clave: poner en valor las entidades de CESIDA como centros que realizan la prueba del VIH; y, como en todas las demás, fomentar la realización de la prueba del VIH para evitar su diagnóstico tardío. Esta campaña se dirigió tanto a gente joven como adulta, de ambos sexos.

● “Los centros que forman parte de CESIDA son un gran recurso para realizarse el test del VIH de manera cómoda y cerca de ti, ya que están presentes en casi todo el país con amplios horarios y una atención de tú a tú, asegurando el anonimato y la confidencialidad”, afirmó Juan Ramón Barrios, presidente de CESIDA.



2011

'Recárgate de vida'

Características

Producción audiovisual

• Spot

Gráfica

• Cartelería

• Pegatinas

Internet

• Banners

• Redes sociales

En paralelo a la presentación de la campaña, algunas de las organizaciones pertenecientes a CESIDA impulsaron distintas actividades con el fin de potenciar la difusión de los mensajes.

Colaboradores y patrocinadores

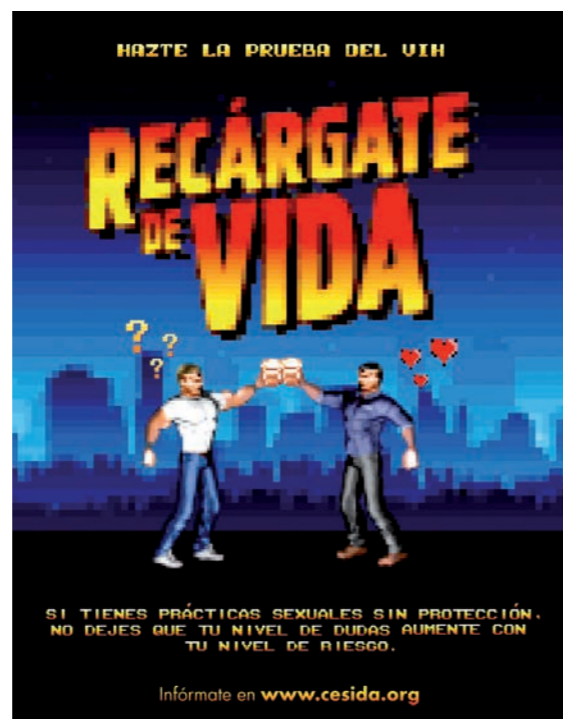
Contó con el aval científico del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, GESIDA, SEISIDA; con la participación del Consejo de la Juventud de España y el patrocinio de Gilead.



● CESIDA presentó en 2017 la campaña 'Recárgate de vida', destinada, a diferencia de las anteriores, principalmente a jóvenes gays, bisexuales y, en general, hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Con el objetivo de promover la realización de la prueba del VIH, y así evitar el diagnóstico tardío de la infección y bajar la carga viral comunitaria, CESIDA incluyó por primera vez el estado 'seropositivo' y seronegativos. 'Seropositivo' son aquellas personas que desconocen su estado serológico y que, en caso de estar infectadas, serían las principales transmisoras de las nuevas infecciones por VIH si tienen prácticas sexuales sin protección.

● La campaña tuvo dos objetivos clave: poner en valor las entidades de CESIDA como centros que realizan la prueba del VIH; y, como todas las anteriores, fomentar la realización de la prueba del VIH para evitar su diagnóstico tardío. Se dirigió a jóvenes gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

● "La vía sexual es el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión entre HSH es la mayoritaria, alcanzando el 53%, según datos de 2016 adelantados por el Plan Nacional sobre el Sida a CESIDA". Ramón Espacio, presidente de CESIDA.



HIBIC'18

Los nuevos retos que plantea el VIH

Dan Barouch
 «La solución definitiva a la epidemia global de VIH-1 probablemente requerirá el desarrollo de una vacuna segura y efectiva»

Retos
 Vacunas y nuevos tratamientos, los temas clave planteados en la cuarta edición del congreso

Q&A
 Encuentro con Dan Barouch, Paul Edward Sax y Pablo Tebas, participantes destacados en el congreso

En los medios
 Repercusión de HIBIC'18 en los medios de comunicación generalistas y especializados





SUMARIO

PROMOTORES

HIBIC está organizado por Gilead con el objetivo de facilitar el intercambio de conocimiento entre los máximos especialistas en el manejo del VIH. Cuenta con el patrocinio científico de Gesida y Retic-RIS (Red Española de Investigación en SIDA).

PARTICIPANTES

El programa de este año convocó a expertos como Dan H. Barouch (quien dio la conferencia inaugural), Malcolm A. Martin, Michaela Müller-Trutwin, J. Víctor García-Martínez, Reuben Granich, Jürgen K. Rockstroh, Julia del Amo, Rajesh Gandhi, Pablo Tebas o Paul E. Sax, entre otros.

DE QUÉ SE HABLÓ

● La mayor barrera para lograr el objetivo 90-90-90 es la población no diagnosticada. Se necesitan esfuerzos adicionales para mejorar las tasas de pruebas del VIH.

● La solución definitiva a la epidemia global de VIH probablemente requerirá del desarrollo de una vacuna segura y efectiva.

● El tratamiento con anticuerpos en la infección aguda produce una potenciación de la respuesta inmune que permite controlar la replicación viral a medio o largo plazo sin tratamiento antiretroviral.



Vacunas y nuevos tratamientos, retos que planteó el VIH en HIBIC 2018

Vacunas generación 3.0, VIH y la hepatitis, anticuerpos neutralizantes... La cuarta edición del congreso HIBIC reunió en febrero de 2018 en Madrid a más de 400 expertos en la materia para debatir los estudios e hitos más relevantes alcanzados en el último año, intercambiar conocimientos y abordar los retos que se plantean de cara al futuro.

CIENCIA BÁSICA

Un nuevo enfoque en las vacunas

El doctor Alcamí, coordinador del apartado de Ciencia Básica, destacó el uso de modelos animales para comprender aspectos sobre la patogenia de la infección y descubrir nuevas y desconocidas formas de tratamiento.

Así, Dan Barouch, del Ragon Institute y la Universidad de Harvard, explicó los nuevos abordajes en vacunas contra el VIH, lo que se denomina la generación 3.0. Destacó que la solución definitiva a la epidemia global de VIH probablemente requerirá del desarrollo de una vacuna segura y efec-

tiva, e insistió en el hecho de que se han evaluado múltiples plataformas de vacunas en ensayos preclínicos y clínicos y que, dados los pocos resultados, se necesitan nuevos enfoques. En este sentido, expuso un estudio con un enfoque totalmente diferente en el que se utiliza otro vector: un virus desactivado que se encarga de introducir los genes que van a desencadenar la respuesta inmune. La novedad es que no se utilizan partes de un solo virus sino que se forma “un mosaico de secuencias de antígenos optimizados informáticamente para ampliar la respuesta”. La idea es cubrir lo más posible esa enorme variedad de VIH

que existe para mejorar la amplitud y cobertura de la respuesta inmune.

También en el campo de la inmunología, Malcom Martin, de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU., presentó un trabajo cuyo resultado demostraba que el tratamiento con anticuerpos en la infección aguda produce una potenciación de la respuesta inmune que permite controlar la replicación viral a medio o largo plazo sin tratamiento antiretroviral. La investigación liderada por el doctor Martin demuestra que dos anticuerpos genéticamente modificados ampliamente neutralizantes (bNAbs, por sus siglas en inglés) protegieron a macacos rhesus de un virus similar al VIH.

Por su parte, Michaela Müller Trutwin, del Instituto Pasteur de París, presentó datos que demuestran el papel de la inmunidad natural en el control del SIV —virus del sida del simio— y cómo la capacidad de generar un tipo especial de células inmunes hace que determinadas especies de macacos no desarrollen sida.

Otros animales con los que se está trabajando para desarrollar nuevos fármacos y vacunas son los ratones. Víctor García, de la Universidad de North Carolina, explicó su mo-

“HIBIC pone de manifiesto la apuesta por la innovación y la formación médica continuada de Gilead, un foro donde debatir directamente con los autores de las publicaciones más relevantes del último año. En estos 30 años, la compañía se ha centrado en el desarrollo de fármacos antirretrovirales para tratar la infección por VIH, ayudando de este modo a transformarla de una enfermedad debilitante y mortal a una enfermedad crónica, disponiendo actualmente de 5 regímenes STR para los profesionales sanitarios y, sobre todo, para los pacientes. Tenemos un objetivo claro, conseguir transformar y simplificar el cuidado de los pacientes con enfermedades graves”.

María Río, vicepresidenta y directora general de Gilead España:



delo de ratones “humanizados” a los que se les reconstruye un sistema inmune humano.

EPIDEMIOLOGÍA

El objetivo 90-90-90 de la OMS

En el área de Epidemiología se analizó lo que se llama cascada de los cuidados del paciente infectado por VIH, o el objetivo 90-90-90 de la OMS. Los doctores Reuben Granich, de la International Association of Providers of AIDS Care de Estados Unidos, y Julia del Amo, del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, explicaron cómo está la situación en el mundo, incluyendo los países en vías de desarrollo, y Europa en particular.

Granich destacó los pocos datos nacionales completos que se pueden obtener, especialmente en el África subsahariana, y la diferencia en los métodos para determinar el progreso hacia el objetivo de la OMS. Un enfoque estandarizado de evaluación podría mejorar el uso de los escasos recursos para lograr ese 90-90-90 a través de una mejor transparencia, responsabilidad y eficiencia, añadió. Por su parte, Julia del Amo expuso que en los países de la Unión Europea la mayor barrera para lograr el objetivo 90-90-90 es la población no diagnosticada, por

lo que sugirió la necesidad de realizar esfuerzos adicionales para mejorar las tasas de pruebas del VIH.

Todavía en Epidemiología, Jürgen K. Rockstroh, de la Universidad de Bonn, Alemania, presentó un artículo sobre la frecuencia con la que una persona infectada por VIH y que contrae hepatitis C recibe el tratamiento y se cura correctamente, pero se vuelve a infectar por VHC debido a prácticas de riesgo. El doctor Rockstroh expuso la importancia de impulsar estrategias de prevención para que los grupos de alto riesgo, especialmente el de hombres que tienen sexo con hombres, reduzcan la morbilidad y los costos de tratamiento.

PRÁCTICA CLÍNICA Envejecimiento acelerado y anticuerpos ampliamente neutralizantes

El doctor José Ramón Arribas, que coordina el apartado de Práctica Clínica, seleccionó tres trabajos publicados en 2017. Rajesh Gandhi, del Massachusetts General Hospital (Estados Unidos), presentó uno de ellos. En él, se demuestra que lo que más importa en la inflamación de pacientes tratados de VIH es precisamente la inflamación que ya tuvieron antes de comenzar la medicación. Los tratamientos no están modificando estos parámetros. Este hallazgo debería estimular nuevos estudios y fomentar la aplicación de nuevas medidas terapéuticas.

Otro ensayo clínico relevante fue el presentado por Pablo Tebas, de la Universidad de Pensilvania, sobre anticuerpos ampliamente neutralizantes para pacientes que, después de muchos años de infección, han neutralizado muchas cepas diferentes del virus.

Tampoco se perdió oportunidad de hablar de un interesante estudio presentado por Paul E. Sax, del Hospital Brigham and Women's de Estados Unidos, en el que se demostró que no es recomendable la realización de resistencias basales a pacientes que nunca han recibido tratamiento atendiendo al bajo coste-eficacia de esta práctica. En pacientes con VIH recientemente diagnosticados, este método da peores resultados y no es rentable.



Rueda de prensa de Gilead y los coordinadores del congreso

Los coordinadores de los apartados que trató HIBIC 18 presentaron un resumen de conclusiones a la prensa. De izquierda a derecha: Dr. Arribas (Coordinador Ciencia Clínica), María Río, (Directora General Gilead España), Dr. Gatell (Coordinador Epidemiología y Salud Pública), Dr. Alcamí (Coordinador Ciencia Básica).



TRABAJA EN LA INVESTIGACIÓN DE UNA VACUNA QUE SE COMPLEMENTARÁ CON OTRAS MEDIDAS COMO EDUCACIÓN O ANTIVIRALES

Dr. Dan Barouch

«La vacuna, cada vez más cerca»

Dan Barouch es director del Centro de Virología e Investigación de Vacunas en Beth Israel Deaconess Medical Center. También, es profesor de medicina en la Escuela de Medicina de Harvard. Además, colabora con la Fundación Bill y Melinda Gates para el descubrimiento de vacunas contra el SIDA, el Instituto Nacional de Centro de Salud para la Inmunología de Vacunas contra el VIH / SIDA e Inmunogen Discovery, y el Instituto Ragon de MGH, MIT y Harvard. Su investigación se centra en el estudio de la inmunología y la virología de la infección por VIH-1 y en el desarrollo de nuevas estrategias de vacunación. Ha investigado una serie de nuevas tecnologías de vacunas, incluidas vacunas de ADN adyuvadas, vectores de poxvirus y vectores de adenovirus de serotipo alternativos en estudios preclínicos y clínicos. En particular, ha avanzado una serie de nuevos enfoques a vacunas de VIH-1 basados en vectores de adenovirus desde el concepto y el diseño, hasta las pruebas preclínicas y ensayos clínicos de fase 1 que se están llevando a cabo actualmente en Estados Unidos y África subsahariana.

● La solución definitiva a la epidemia global de VIH-1 probablemente requerirá el desarrollo de una vacuna segura y efectiva. Se han evaluado múltiples plataformas de vacunas en ensayos preclínicos y clínicos, pero dados los decepcionantes resultados de los estudios de eficacia clínica hasta ahora, se necesitan nuevos enfoques de vacunas. El estudio presentado en HIBIC se centra en la base científica y en el potencial clínico de nuevos vectores de vacuna contra el adenovirus y el citomegalovirus para HIV-1 como dos enfoques de vectores contrastantes pero potencialmente complementarios. Ambas plataformas de vectores han demostrado una protección parcial contra los desafíos del virus de la inmunodeficiencia simia en los monos rhesus que usan diferentes mecanismos inmunológicos.

● Según comenta Barouch en una entrevista reciente, el interés por encontrar una vacuna sigue muy vigente. Actualmente, explica, se está estudiando una versión mejorada de la vacuna más efectiva y que confería únicamente el 31% de protección. La idea es añadir a un primer medicamento basado en proteínas de la cubierta del VIH un refuerzo (boost en inglés) posterior con una de las proteínas, la GP21, de la envoltura del patógeno.

● Otro estudio sobre vacunas en el que participa el equipo del doctor Barouch está enfocándose de una forma totalmente diferente. Usa otro vector: un virus desactivado que se encarga de introducir los genes que van a desencadenar la respuesta inmune. No se usan partes de un solo virus, sino que se forma “un mosaico de secuencias de antígenos optimizados informáticamente para ampliar la respuesta”, explica. El objetivo es cubrir la gran variedad de VIH y, de esta forma, mejorar la cobertura de la respuesta inmune. Es decir, se intenta cubrir lo más posible esa enorme variedad de VIH que existe para mejorar la amplitud y la cobertura de la respuesta inmune. El ensayo, que se está realizando en 2.600 mujeres del sur de África, está actualmente en fase II-b, es decir, ya se ha comprobado su seguridad y se está investigando su efectividad según la dosis que se aplique. Una eficacia que no será del 100%, advierte Barouch: “En los ensayos en monos se llegó al 66%, por lo que probablemente se añadirá a los otros abordajes como los comportamientos seguros, la educación, la circuncisión, los antivirales y otros que surjan”.



ACTUALMENTE, SE REALIZA UNA PRUEBA DE RESISTENCIA DEL GENOTIPO EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO PARA ELEGIR LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL.

Paul Edward Sax

«Las pruebas de resistencia a los inhibidores de la integrasa no son rentables en pacientes recién diagnosticados»

Paul E. Sax es Director Clínico de Enfermedades Infecciosas y el Programa de VIH en el Hospital Brigham and Women's (BWH), y profesor en la Escuela de Medicina de Harvard. Estudió en la Harvard Medical School y realizó su residencia en Medicina Interna en BWH, mientras continuaba su educación postdoctoral con una beca en Enfermedades Infecciosas en el Hospital General de Massachusetts. Es editor jefe del Open Forum Infectious Diseases, editor de la sección de VIH / Sida en UpToDate, y forma parte del Consejo Editorial de NEJM Journal Watch Infectious Diseases (donde escribe el blog 'HIV and ID Observations') y del Editorial Advisory de Medscape HIV / AIDS. También, forma parte de la facultad central de la Sociedad Internacional de Sida-USA y del Centro de Educación y Entrenamiento sobre el Sida de Nueva Inglaterra. Lidera varios proyectos de investigación donde se incluyen ensayos clínicos de terapias antirretrovirales, costo-efectividad de las estrategias de tratamiento para el VIH y toxicidad de la terapia antirretroviral. Es el investigador principal de la Unidad de Ensayos Clínicos sobre el Sida de BWH y miembro del Grupo de Investigación de Costo-Efectividad de la Prevención del Compromiso con el Sida (CEPAC).

● Las pautas actuales recomiendan la prueba de resistencia del genotipo en el momento del diagnóstico para guiar la selección inicial de la terapia antirretroviral (TAR). Muchos genotipos de resistencia estándar excluyen las pruebas de resistencia a los inhibidores de la integrasa (“prueba de IR”), aunque esta clase de medicamentos es un componente de la mayoría de los regímenes de primera línea recomendados. En la investigación liderada por Paul Edward Sax, se comparan los resultados clínicos de 96 semanas y la relación coste-efectividad de dos estrategias: ninguna prueba de IR versus prueba de IR realizada en el momento del diagnóstico del VIH. El resultado del estudio refleja la prevalencia de casos basales del virus. La resistencia a inhibidores de la integrasa (INSTI-R) se estima en 0.1%. Sin pruebas de IR, todos los pacientes comienzan con TAR basado en dolutegravir (DTG) después del genotipado. Las tasas de supresión a las doce semanas son del 90% (virus INSTI-sensibles, INSTI-S y del 35% (virus INSTI-R).

● Los que no se suprimen a las doce semanas se someten a pruebas de IR. Si se diagnostica con el virus INSTI-R, cambian a TAR basado en darunavir potenciado con ritonavir (DRV/r). Con las pruebas de IR, a todos los pacientes se les diagnostica el virus INSTI-S / INSTI-R antes del inicio del tratamiento antirretroviral y comienzan los regímenes basados en DTG o DRV/r, respectivamente. Los costes incluyen pruebas de IR (175 dólares estadounidenses) y TAR (41.100-44.900 dólares/año).

● El equipo de Sax examinó el impacto de los parámetros clave y descubrió que las pruebas de IR tuvieron peores resultados clínicos. Aumentaron los costes en 200 dólares por persona y año. La prevalencia del virus INSTI-R transmitido no afectó la estrategia favorable. Ninguna prueba de IR permaneció clínicamente preferente a menos que la supresión con DTG del virus INSTI-R fuera <20% o que la supresión con DRV/r a 96 semanas fuera >92%. Si la calidad de vida empeoró con DRV/r, en lugar de TAR basado en DTG, ninguna prueba de IR fue clínicamente preferente sobre un rango aún más amplio de parámetros. Por lo tanto, en pacientes con VIH adquirido recientemente, se espera que las pruebas de IR den como resultado peores resultados y no sean rentables. El pre-tratamiento para la evaluación de la resistencia a INSTI no debe, por tanto, recomendarse en las pautas de tratamiento.



LA ADMINISTRACIÓN DE UN ANTICUERPO AMPLIAMENTE NEUTRALIZANTE VRC01 RETRASÓ LEVEMENTE EL REBOTE VIRAL PLASMÁTICO, SEGÚN UN ENSAYO

Dr. Pablo Tebas

«Los anticuerpos ampliamente neutralizantes son una buena estrategia para la prevención y tratamiento del VIH»

Pablo Tebas se graduó en la Universidad Autónoma de Madrid y completó su residencia en Medicina Interna en el hospital Puerta de Hierro de Madrid. Después de acceder a una beca en Enfermedades Infecciosas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington en St. Louis/Missouri, se unió a la facultad hasta 2003, cuando se mudó a la Universidad de Pensilvania. Ha dedicado la mayor parte de su carrera profesional al cuidado clínico y a la investigación clínica de pacientes que viven con el VIH. Ha estado involucrado con el ACTG durante dos décadas. Es el director y el investigador principal de la Unidad de Ensayo Clínico del Sida en esta Universidad. Su investigación se centra en las complicaciones metabólicas del VIH y su tratamiento, en particular la enfermedad ósea y, más recientemente, en las estrategias para la curación funcional de la infección por VIH, incluida la terapia génica y el uso de anticuerpos ampliamente neutralizantes.

● El descubrimiento de anticuerpos potentes y ampliamente neutralizantes (bNAbs) contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha hecho que la inmunización pasiva sea una potencial estrategia para la prevención y el tratamiento de la infección por VIH. El equipo de Pablo Tebas investiga si la administración pasiva de VRC01, un bNAb dirigido al sitio de unión a CD4 del VIH, puede evitar o retrasar de manera segura el rebote viral en plasma después de la interrupción de la terapia antirretroviral (TAR). Para ello, ha llevado a cabo dos ensayos (A5340 y NIH) sobre la seguridad, el perfil de efectos secundarios, las propiedades farmacocinéticas y la actividad antiviral de VRC01 en 24 personas con infección por VIH que sufrían interrupción de TAR. En ellas se produjo un evento adverso grave relacionado con el alcohol. El rebote viral se produjo a pesar de las concentraciones plasmáticas de VRC01 superiores a 50 µg/ml. La media del tiempo de rebote fue de cuatro semanas en el ensayo A5340 y de 5,6 semanas en el ensayo NIH. Los análisis de poblaciones de virus antes del TAR, así como antes y después de la interrupción del TAR, mostraron que VRC01 ejerció presión sobre el virus que rebota, dando como resultado la restricción de la recrudescencia del virus y la selección de virus preexistentes y emergentes resistentes a la neutralización de anticuerpos. Las conclusiones del estudio revelan que VRC01 retrasó levemente el rebote viral plasmático en los participantes del ensayo en comparación con los controles históricos, pero no mantuvo la supresión viral en la semana 8. En el pequeño número de participantes incluidos en estos ensayos, no se identificaron problemas de seguridad con la inmunización pasiva con un solo bNAb (VRC01).



HIBIC 18 EN LOS MEDIOS

● **Isanidad:** «HIBIC analiza los principales hitos alcanzados en el estudio del VIH durante el año pasado»

■ <http://xurl.es/hu95q> | 05/02/18

● **Correo Farmacéutico** «Vacunas y el papel de la inmunidad y la inflamación frente al VIH, a debate en Madrid»

■ <http://xurl.es/1glf8> | 02/02/18

● **Infosalus:** «Tratamientos mensuales o semestrales, el futuro más cercano del VIH»

■ <http://xurl.es/gzw1k> | 02/02/18

● **El Global:** «Espaciar tratamientos y buscar una vacuna: los nuevos retos contra el VIH»

■ <http://xurl.es/tqjhp> | 02/02/18

● **Heraldo de Aragón** «Contra el VIH solo funcionan los antirretrovirales, alertan los científicos»

■ <http://xurl.es/80gbk> | 03/02/18

● **El País:** «Dan Barouch: “Los millones de variantes del VIH dificultan que haya una vacuna”»

■ <http://xurl.es/bbizg> | 14/02/18

● **Acta Sanitaria:** «Gilead alerta del infradiagnóstico de VIH y destaca el estudio sobre anticuerpos y vacunas»

■ <http://xurl.es/xoo04> | 02/02/18

Fecha de acceso: julio de 2018

Referencias

Infografía Los dos escenarios de la inflamación por VIH 20-21

Brenchley JM, et al. 2006. Microbial translocation is a cause of systemic immune activation in chronic HIV infection. *Nat Med.* 12(12):1365-71. (PMID: 17115046)

Freund A, Orjalo AV, Desprez PY, Campisi J. 2010. Inflammatory networks during cellular senescence: causes and consequences. *Trends Mol Med.* 16(5):238-46. (PMID: 20444648)

Deeks SG. 2011. HIV infection, inflammation, immunosenescence, and aging. *Annu Rev Med.* 2011;62:141-55. (PMID: 21090961)

Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. 2013. The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. *Lancet* 382(9903): 1525-33 (PMID: 24152939)

Massanella M, Fromentin R, Chomont N. 2016. Residual inflammation and viral reservoirs: alliance against an HIV cure. *Curr Opin HIV AIDS.* 11(2):234-41. (PMID: 26575148)

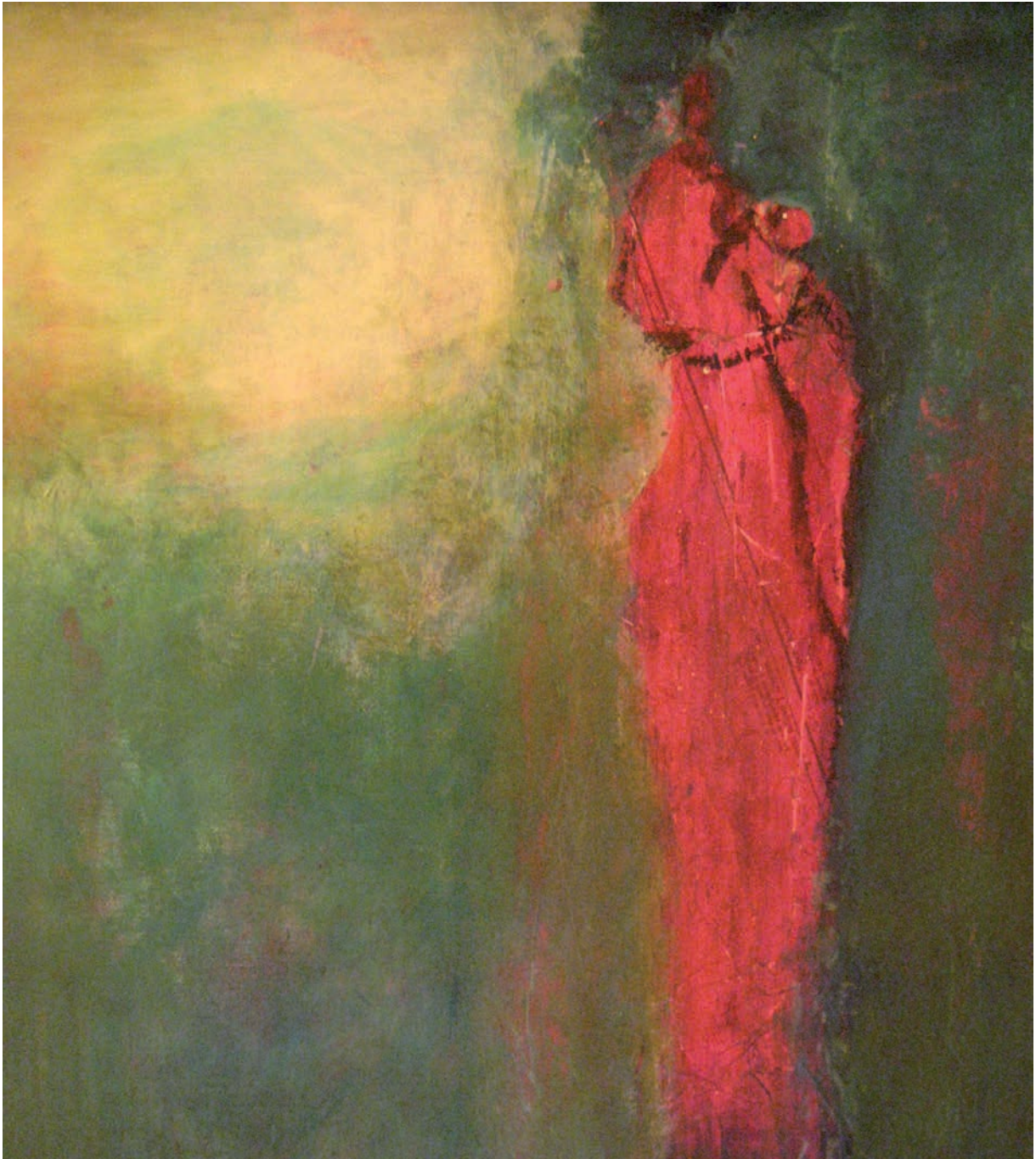
Funderburg NT. 2014. Markers of coagulation and inflammation often remain elevated in ART-treated HIV-infected patients. *Curr Opin HIV AIDS.* 9(1):80-6. (PMID: 24275673)

Nasi M, Pinti M, Mussini C, Cossarizza A. 2015. Persistent inflammation in HIV infection: established concepts, new perspectives. *Immunol Lett.* 161(2):184-8. (PMID: 24487059)

Nou E, Lo J, Grinspoon SK. 2016. Inflammation, immune activation, and cardiovascular disease in HIV. *AIDS* 30(10):1495-509. (PMID: 27058351)

Hileman CO, Funderburg NT. 2017. Inflammation, Immune Activation, and Antiretroviral Therapy in HIV. *Curr HIV/AIDS Rep.* 14(3):93-100. (PMID:28434169)

Fukui SM, Piggott DA, Erlandson KM. 2018. Inflammation Strikes Again: Frailty and HIV. *Curr HIV/AIDS Rep.* 15(1):20-9. (PMID: 29411315)



VISUALAIDS.ORG ES UNA PLATAFORMA NACIDA EN NUEVA YORK HACE 30 AÑOS PARA APOYAR Y PRESERVAR EL LEGADO DE ARTISTAS SEROPOSITIVOS. SUS ACTIVIDADES, QUE YA HAN CRUZADO EL ATLÁNTICO Y LLEGADO A LOS MUSEOS DE CIUDADES COMO MADRID Y BARCELONA, VAN ENCAMINADAS A DAR A CONOCER EL ARCHIVO DE ARTISTAS QUE COMO ELLOS LUCHAN POR LOS DERECHOS CIVILES, SUPERAR EL ESTIGMA Y MEJORAR SUS CONDICIONES DE VIDA A TRAVÉS DEL ARTE. **EN PORTADA**, 'BIG HUG', DEL ARTISTA NACIDO EN OAXACA ALEXANDER HERNÁNDEZ (TEXTILES). **SOBRE ESTAS LÍNEAS**, 'MOTHER AND CHILD REUNION', DE RIVER HUTSON. HUTSON ES POETA, ARTISTA Y PERFORMER. **INTERIOR**, 'ANNI 1', DE JEFF VAN DYKE (ACRÍLICO Y LATÓN); VAN DYKE ES UN ACUPUNTOR QUE TRATA A PERSONAS QUE TIENEN EL VIH. EL RESTO DE SU TIEMPO LO DEDICA A LA PINTURA. **EDITA**: GILEAD SCIENCES. **COORDINACIÓN**: JOSÉ RAMÓN ARRIBAS. **REDACCIÓN, DISEÑO Y COORDINACIÓN**: ERREA COMUNICACIÓN. **FOTOGRAFÍA**: LUCÍA ANTEBI, YAZMÍN ARNO, TXEMA RODRÍGUEZ. **INFOGRAFÍA**: HEBER LONGÁS (FUNDAMENTIUM) PP. 20-21, PABLO ERREA.