REVIHSTA

#4



Próximo RETo: el cuarto 90

Avances IAS 2019 | El cuarto 90: informe KPMG | Fast Track Cities | Radian | Becas Gilead | TheFull360
Retos **Un éxito más allá del terapéutico** | Patient Reported Outcomes (PRO) | Menores de edad | Mujeres Mayores y comorbilidades | **Estadísticas** El VIH en el mundo y España | **Pacientes** GTT, 20 años | El VIH y la música | **Entrevistas** Esteban Martínez, José Zúñiga, Alex Kalomparis, Josep Mallolas, Juanse Hernández
HIBIC'20 José Alcamí, Santiago Moreno y José R. Arribas adelantan las ponencias | Josep Mª Llibre y 'Meet-the-Expert'

A B C

Avances

IAS 2019 08

Entrevista a Esteban Martínez 12

Cuarto 90: Informe KPMG 16

Fast Track Cities 2019 24

Entrevista a José Zúñiga 28

Proyecto Radian 32

Becas Gilead a proyectos de derivación y diagnóstico 38

TheFull360 43

Retos

Un éxito más allá del terapéutico 46

PRO. La voz de los pacientes 48

Entrevista a Josep Mallolas 50

Menores de edad 54

Mujer y estigma 56

Mayores y comorbilidades 58

Los datos del VIH en 2019 60

Pacientes

20 años de GTT 70

Entrevista a Juanse Hernández 74

El impacto del VIH en la música 78

HIBIC'20: Programa, coordinadores y ponentes de la sexta edición del congreso. Madrid, febrero de 2020 83

Amigo lector,

Una edición más, y ya es la cuarta, nos volvemos a encontrar entre estas páginas de ReVIHsta, que pretende ser un foro abierto para todas las personas que se quieren acercar a la realidad del VIH y a las últimas noticias que afectan a esta enfermedad.

Gilead, la compañía que tengo el honor de dirigir en España, inició su historia con la investigación del VIH, y a lo largo de más de 30 años ha venido mostrando su absoluto compromiso con esta enfermedad, compromiso que va desde la prevención hasta la curación.

En Gilead nos sentimos orgullosos de haber sido la empresa responsable de la investigación y desarrollo de la PrEP (Profilaxis Preexposición) como estrategia de prevención del VIH. También en España, Gilead ha contribuido a facilitar su implementación, ya que desde 2017 viene colaborando con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social —a través de la donación de la medicación para más de 300 usuarios— en un estudio de factibilidad de la implementación de la Profilaxis Preexposición en el sistema nacional de salud.

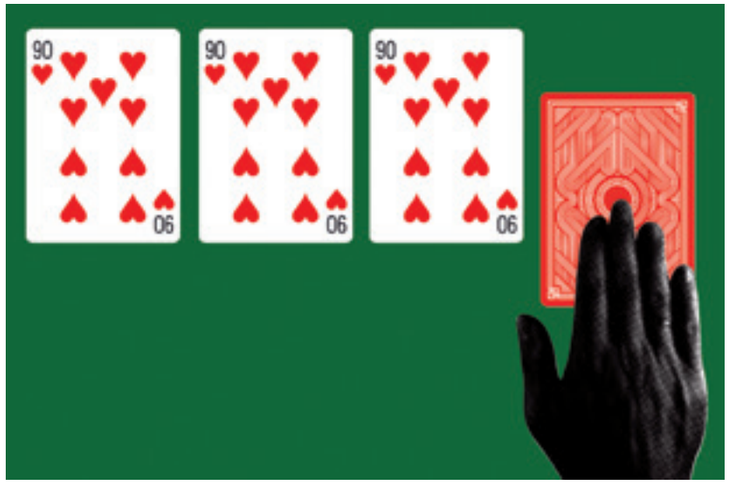
Nuestra investigación en tratamientos antirretrovirales nos ha permitido poner a disposición de los pacientes la pastilla única y sucesivos tratamientos innovadores en regímenes de Triple Terapia, convertida en el standard de tratamiento desde hace más de dos décadas. La Triple Terapia, a lo largo de más de 20 años, ha permitido el control de esta infección, contribuyendo a cronificarla y favoreciendo el que los pacientes con VIH tengan, en la actualidad, una esperanza de vida similar al resto de la población general.

Y todo lo logrado hasta ahora en la lucha contra esta enfermedad, nos da la oportunidad de ser más ambiciosos en la búsqueda de un todavía mayor beneficio para los pacientes con VIH. Es el momento de ir más allá del control virológico y plantearnos redefinir cuál debe ser nuestra aspiración en cuanto al éxito terapéutico que buscamos para los pacientes que viven con esta infección.

Espero, amigo lector, que sea de tu interés esta nueva edición de ReVIHsta y que nos podamos ver aquí muchos números más.

María Río
Vicepresidenta y Directora General de Gilead España





El objetivo es ahora el cuarto 90

José Ramón Arribas

Pedro (nombre ficticio), un paciente de mi consulta de 58 años, está diagnosticado de la infección por el VIH, recibe tratamiento antirretroviral y tiene una carga viral indetectable desde hace más de una década. Actualmente, recibe tratamiento con un comprimido único bien tolerado. Personas como Pedro forman parte del numerador y del denominador de los tres 90-90-90 establecidos como objetivo por Onusida para el año 2020.

Según el último informe del Ministerio de Sanidad, casi el 73% de las personas infectadas por el VIH en España se encuentra en la misma situación que Pedro. La situación del paciente parece un éxito, pero Pedro no se siente bien. Su calidad de vida es mala. Ha sido un gran fumador y padece una bronquitis crónica que le produce un malestar físico continuado. Necesita oxígeno domiciliario. Pedro también consumió drogas y actualmente sigue un programa sustitutivo con metadona. Cuando viene a consulta, le suele acompañar una hermana que le ayuda a ordenar y programar sus cuidados médicos. Antes le acompañaba su madre, pero falleció. La hermana de Pedro supervisa el listado de medicaciones y el prolijo calendario de citas que incluye: citas con nuestra consulta de VIH (cada cuatro meses), cita con el neumólogo (cada seis meses), cita para pruebas de función respiratoria (anuales), cita para laboratorio (cada cuatro meses), citas con farmacia para recogida de medicación antirretroviral (cada dos meses), citas en el centro de atención a drogodependientes y citas con el médico de Atención Primaria que renueva sus prescripciones. También supervisa el seguimiento con la empresa que les proporciona el dispositivo de oxígeno domiciliario.

Se calcula que para el año 2020 el número de personas mayores de 50 años que vivirán con el VIH se habrá incrementado en un 47% hasta alcanzar casi los siete millones en todo el mundo. Gracias a los tratamientos antirretrovirales, las personas que viven con VIH pueden esperar vivir prácticamente lo mismo que la población no infectada. Este feliz aumento de la esperanza de vida de las personas infectadas por VIH se ha visto ensombrecido por una mayor frecuencia de enfermedades no directamente relacionadas con el virus que son consideradas típicas del envejecimiento. Denominamos a estas enfermedades comorbilidades e incluyen fundamentalmente enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales, óseas, deterioro neurocognitivo y cáncer. El manejo terapéutico de las personas mayores infectadas por VIH se ve complicado también por la polifarmacia necesaria para su tratamiento, que aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas significativas. A medida que la edad de los pacientes avanza, es posible que el progresivo deterioro neurocognitivo tenga un impacto negativo sobre la adherencia al tratamiento. Además, la respuesta inmunológica al tratamiento antirretroviral de los pacientes más mayores suele ser peor que la de los pacientes jóvenes.

Aún no está claro si la mayor frecuencia de las comorbilidades en personas con VIH se produce porque aparecen a edades más tempranas —**envejecimiento acelerado**— o si simplemente ocurren a las mismas edades pero con mayor frecuencia —**envejecimiento acentuado**—. Las comorbilidades parecen tener mayor incidencia en pacientes que recibieron tratamiento antirretroviral de baja actividad con fármacos tóxicos antes de la llegada del tratamiento antirretroviral eficaz y en aquellos pacientes diagnosticados en situación avanzada con una cifra de linfocitos CD4 menor a 350 células /ml. Hay que recordar que el diagnóstico tardío de la infección por VIH sigue siendo una realidad en España, donde el retraso diagnóstico se produce en casi la mitad de los casos.

Si atendemos a la calidad de vida de Pedro, su caso no puede ser considerado un **éxito terapéutico.** Aunque cumple los tres 90 de Onusida, padece una comorbilidad importante que le produce un malestar físico continuado. Este tipo de situación que va más allá de la carga viral indetectable ha impulsado un proyecto conocido como **Cuarto 90**, que plantea añadir a los tres 90 una medida de la calidad de vida de las personas infectadas por VIH. En 2016 un grupo de investigadores liderado por **Jeffrey Lazarus** propuso como objetivo adicional —el cuarto 90— que el 90% de las personas que han alcanzado los tres primeros 90 tenga además una buena calidad de vida en relación con su salud.

Este cuarto 90 abarca dos dominios: las comorbilidades descritas más arriba y la calidad de vida percibida. El segundo dominio incluye aspectos más generales no relacionados con una comorbilidad específica tales como fatiga, falta de energía, insomnio, tristeza, depresión, disfunción sexual y cambios en el aspecto corporal. Diversos estudios han demostrado que las personas que viven con el VIH tienen significativamente peores resultados en las encuestas de calidad de vida que la población control no infectada. Por ejemplo, en un estudio transversal llevado a cabo en Reino Unido, que comparó 3.000 personas infectadas por el VIH con más de 7.000 personas no infectadas, los resultados de las encuestas de calidad de vida fueron significativamente peores en las personas infectadas. Estos resultados no cambiaron en el análisis restringido a los pacientes infectados por VIH que tenían una carga viral indetectable. Es muy importante resaltar que no sólo los factores orgánicos impactan en la calidad de vida. El estigma que conlleva la infección por el VIH y que desgraciadamente aún perdura, incluso en sociedades tan abiertas como la española, es uno de los factores que también impacta negativamente en el bienestar de las personas que viven con el VIH.

INTERVENCIONES NECESARIAS PARA ALCANZAR EL CUARTO 90

• Uno de los objetivos evidentes es **disminuir el número de diagnósticos tardíos** de infección por VIH. Aunque el tratamiento antirretroviral actual es extraordinariamente eficaz, su inicio tardío deja un legado a la persona infectada que le va a hacer más proclive al desarrollo de comorbilidades. El diagnóstico precoz debe ser considerado una acción preventiva no solo desde el punto de vista de la salud pública sino también desde el punto de vista de la salud individual, puesto que probablemente previene el desarrollo de comorbilidades a largo plazo.

• Es preciso emplear **regímenes antirretrovirales cuyos efectos secundarios no empeoren las comorbilidades** de los pacientes. Por suerte, disponemos actualmente de un arsenal terapéutico de alta eficacia y elevada seguridad , al menos en el medio plazo.

• Es un avance también que en los ensayos clínicos recientes de antirretrovirales se incluyan como variables de desenlace **encuestas de calidad de vida** (en inglés, patient reported outcomes). Estas variables nos pueden ayudar a diferenciar el posible impacto en la calidad de vida de dos regímenes antirretrovirales con la misma eficacia virológica e incluso con la misma tasa de abandonos por efectos adversos.

• Una parte importante de nuestra actividad en la consulta de VIH debe enfocarse también hacia **aspectos preventivos de las comorbilidades**: programas de detección precoz de cáncer, ayuda para el abandono del tabaquismo, prescripción de ejercicio físico, profilaxis primaria de eventos cardiovasculares, detección precoz del deterioro neurocognitivo, etcétera.

• Otro aspecto esencial para intentar alcanzar el cuarto 90 es **rediseñar nuestra atención sanitaria para que esté centrada en el paciente**. Sería ideal que cuando Pedro viniera al hospital pudiera ser atendido simultáneamente y de forma integrada por la mayoría de los especialistas involucrados en sus cuidados. Este es un objetivo loable, pero implica una coordinación y unos recursos que actualmente no están aún a nuestro alcance.

No podemos considerar que alcanzar los objetivos del 90-90-90 de Onusida significa el final del camino. Debemos aspirar a que las personas que viven con el VIH tengan la misma cantidad y la misma calidad de vida que la población no infectada. Hay que agradecer a los impulsores del cuarto 90 que hayan puesto sobre el tapete este objetivo esencial.

«Se calcula que para el año 2020 el número de personas mayores de 50 años que vivirán con el VIH se habrá incrementado en un 47% hasta alcanzar casi los siete millones en todo el mundo»

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.



Revihsta, multipremiada en solo dos años de vida

European Publishing Awards

El certamen reconoce a las mejores publicaciones del continente tanto en soporte impreso como en plataformas digitales. 'Revihsta', editada por Gilead Sciences España, fue elegida por el jurado internacional como la mejor revista corporativa del año. La entrega de premios tuvo lugar en el marco del European Publishing Congress, celebrado en el Wiener Rathaus del 12 al 14 de mayo, delante de 500 profesionales y con la presencia del primer ministro austriaco, Sebastian Kurz.



EN VIENA De izquierda a derecha, Javier Errea Múgica, director del estudio Errea Comunicación, encargado de la publicación; Rafael Martínez, director de Public Affairs de Gilead Sciences España; y Johann Oberauer, chairman y organizador del evento.

ÑH2019: Lo Mejor del Diseño Periodístico y Corporativo de España, Portugal y LatAm

El número 3 de 'Revihsta', publicado a comienzos de año, obtuvo una medalla de plata en los premios ÑH, que convoca cada año la Society for News Design España y Sudámerica. A la competición se presentaron 2.168 trabajos de 112 medios y compañías de 14 países. El jurado, compuesto por 25 profesionales, realizó dos rondas previas antes de la final en Buenos Aires (Argentina), que tuvo lugar en la Universidad de Buenos Aires los días 7 al 9 de octubre. En la categoría de publicaciones corporativas, en la que competía 'Revihsta', se concedieron una medalla de oro, tres de plata y nueve de bronce. 'Liveración', dedicada a las hepatitis víricas, también editada por Gilead, obtuvo uno de los bronces.



EN BUENOS AIRES El jurado de la ronda final de los premios ÑH19 Lo Mejor del Diseño Periodístico y Corporativo, en el atrio de la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires, en octubre pasado. De izquierda a derecha y de arriba abajo: Saulo Santana, director de Arte de Bild am Sonntag (Alemania); Yelitza Linares, editora de El Pitazo (Venezuela); Alessandro Alvim, editor ejecutivo Multimedia de O Globo (Brasil); María Heinberg (Argentina); Marco Grieco, director de Arte de Expresso (Portugal); Fernando Rapa Carballo, fundador y codirector de Mongolia (España), María González, redactora jefe de Diseño de El Mundo (España); y Mónica Serrano, Senior Graphics Editor en National Geographic (Estados Unidos).

NÚMEROS PUBLICADOS



REVIHSTA #1
Noviembre 2017



REVIHSTA #2
Julio 2018



REVIHSTA #3
Febrero 2019

Avances y actualidad

A



PARTICIPANTES EN EL FORUM COMUNITARIO DE LA IAS 2019, CELEBRADO EN JULIO EN CIUDAD DE MÉXICO. | ©INTERNATIONAL AIDS SOCIETY/JORDI RUIZ CIRERA/PANOS PICTURES



©INTERNATIONAL AIDS SOCIETY/STEVE FORREST/PANOS PICTURES

¿Está la respuesta mundial al VIH en crisis?

RECEPCIÓN Los beneficiarios de la beca del Fondo Educativo son bienvenidos y recibidos en el stand de la exposición IAS.

Organizada por la International AIDS Society, del 21 al 24 de julio tuvo lugar en México la principal cita de la investigación mundial sobre el VIH, que tiene lugar cada dos años. Acudieron 6.000 personas de 160 países entre investigadores, líderes comunitarios, abogados y legisladores. 400 periodistas cubrieron el evento. Se presentaron 1.100 abstracts. Se concedieron 100 becas. Presentamos aquí siete de sus conclusiones principales.

1 BAJA LA FINANCIACIÓN MUNDIAL

Onusida hizo público su último informe sobre el estado mundial del VIH poco antes de la 10ª Conferencia IAS. En 2018, 37,9 millones de personas vivían con VIH, según ese documento. De ellas, 23,3 millones (un 62%) tenían acceso al tratamiento. Se registraron 2,7 millones de nuevas infecciones y murieron 770.000 personas por enfermedades relacionadas con el sida. Onusida advierte que, por primera vez, ha descendido la financiación mundial para apoyar la lucha contra el VIH. El apoyo de donantes se ha reducido y, aunque más de la mitad de la financiación en países con ingresos bajos y medios proviene de fuentes internas, éstas no han sido suficientes para cubrir el descenso. "Necesitamos de forma urgente contar con un mayor liderazgo político para acabar con el sida", dijo **Gunilla Carlsson**, director ejecutiva interina de Onusida. El informe pone de relieve el impacto positivo que han tenido los programas comunitarios en la ampliación del acceso al tratamiento antirretroviral, el apoyo a la adherencia y la prevención de nuevas infecciones. Sin embargo, constata que los progresos se están ralentizando y que, además, se producen de manera desigual.

2 SÓLO EN EUROPA DEL ESTE Y ASIA CENTRAL AUMENTA LA TASA DE INFECCIONES

Del total mundial anual, 100.000 nuevas infecciones proceden de Rusia. A pesar de algunos programas exitosos de intercambio de agujas en la región EEAC, el índice de reducción de daños sigue siendo bajo y la enfermedad se concentra entre las personas que se inyectan drogas. **Momchil Baev**, gerente del Programa de Salud Sexual de SingleStep, puso el dedo en la llaga: "Tenemos la ciencia y la tecnología que necesitamos para enfrentar la epidemia. Es hora de eliminar el estigma y la discriminación para llegar a todas las personas". Baev añadió: "Con la retirada del Foro Mundial de algunos países de Europa del Este, es fundamental que organizaciones comunitarias se hagan cargo y lideren el camino de la lucha contra el VIH en la zona".

3 EL DRAMA DE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

En 29 países las mujeres necesitan el consentimiento de su esposo o pareja para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Onusida estima que tres de cada cinco nuevas infecciones por VIH entre jóvenes de 1 a 19 años son niñas. Esta desigualdad se dispara aún más con ocasión de crisis humanitarias o desastres naturales. Mujeres y niñas se enfrentan a barreras estructurales y sociales. El estigma, la discriminación y el desconocimiento son, sin duda, las principales barreras. "Las crisis y los entornos de emergencia colocan a mujeres y niñas ante un mayor riesgo de violencia, VIH y embarazos no deseados. Cualquier programa exitoso de VIH debe cubrir la atención integral, incluidas la planificación familiar y la prevención del embarazo", aseguró **Quarraisha Abdool Karim**, profesora de la Universidad de Columbia y directora científica asociada del Centro para el Programa de Investigación sobre el Sida en Suráfrica.

4 EL GRAVE PROBLEMA DE VENEZUELA Y SIRIA

La crisis política de Venezuela ha traído consigo, entre otras cosas, una gravísima escasez que repercute directamente en la atención sanitaria. De las 120.000 personas que viven con VIH, sólo la mitad tiene acceso al tratamiento y menos del 7% ha conseguido la supresión viral. "Personas con VIH están muriendo debido a que no se dispone de tratamientos antirretrovirales. Estas muertes innecesarias sólo terminarán con una estrategia regional integral", afirmó en México **Brenda Crabtree Ramírez**, presidenta científica local de la NIC'19. América Latina es una de las regiones más desiguales del mundo. "Los esfuerzos para controlar la epidemia tendrán éxito cuando se aborden las enormes diferencias en la distribución de ingreso y bienestar", añadió. Pero el problema venezolano es aún más preocupante: ha disparado la migración masiva y ha exportado infecciones. En Chile, por ejemplo, los migrantes de Venezuela y Haití representan casi la mitad de los nuevos diagnósticos. "Desde Siria a Venezuela, el desafío de brindar servicios de VIH en crisis humanitarias amenaza el progreso mundial para enfrentar la epidemia", advirtió Anton Pozniak, presidente de la IAS y presidente científico internacional de la NIC'19.

«Con la retirada del Foro Mundial de algunos países de Europa del Este, es fundamental que organizaciones comunitarias se hagan cargo y lideren el camino de la lucha contra el VIH en la zona»

MOMCHIL BAEV
GERENTE DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL DE SINGLESTEP





5 LA PrEP COMO GRAN OPORTUNIDAD PARA CONTROLAR OTRAS ITS

A pesar de muchos temores, los expertos coinciden en señalar que el despliegue de una estrategia de profilaxis preexposición es una oportunidad para reducir la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual siempre que se mejore la coordinación entre los programas de PrEP e ITS. **Jason Ong**, de la Universidad de Monash (Australia), ha revisado 88 estudios sobre la incidencia y prevalencia de las ITS en los programas de PrEP. Sus conclusiones indican que la prevalencia de ITS ya era elevada entre quienes demandaban PrEP. "Los programas de PrEP pueden suponer una puerta de entrada para unos servicios integrales de salud sexual que resulten empoderadores para las personas", subrayó Ong. Según los expertos reunidos en la IAS 2019, las elevadas tasas de ITS que presentan las personas que toman PrEP deben servir de estímulo a políticos, personal sanitario y activistas para crear mejores servicios de atención. El estudio ImPrEP, que coordina en Brasil, Perú y México Vadiléa Veloso, con la participación de más de 5.000 hombres gais, bisexuales, otros HSH y mujeres transgénero, evidencia buenos niveles de adherencia y concluye que el inicio de la PrEP el mismo día resulta una estrategia factible y segura.

6 LA OMS APOYA LA PREP A DEMANDA EN GAIS, BISEXUALES Y HSH

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha actualizado sus recomendaciones sobre profilaxis preexposición y ha incluido la llamada PrEP a demanda, o basada en eventos, como una opción de prevención para hombres gais, bisexuales y, en general, hombres que practican sexo con otros hombres. El estudio francés Prévenir, coordinado por el doctor **Jean-Michel Molina**, de la Universidad de París, revela que ninguno de los participantes en el mismo (3.057 varones) que utilizaron PrEP de forma adecuada resultó infectado por VIH. Ya en 2015, en otro estudio, denominado Ipergay, Molina concluyó que la PrEP a demanda reduce el riesgo de infección en un 86% entre estos grupos de población, un porcentaje similar al registrado por la PrEP diaria. La PrEP a demanda no está recomendada, sin embargo, a hombres que tienen sexo con mujeres ni a hombres o mujeres transgénero. →

«Necesitamos de forma urgente contar con un mayor liderazgo político para acabar con el sida. Esto empieza por una inversión adecuada e inteligente, y con un análisis de los factores que están haciendo que algunos países tengan tanto éxito. Es posible poner fin al sida si nos centramos en las personas en lugar de en las enfermedades; si establecemos hojas de ruta para las personas y las localidades que se han quedado atrás; y si adoptamos un enfoque basado en los derechos humanos para llegar a las personas más afectadas por el VIH»

GUNILLA CARLSSON
DIRECTORA EJECUTIVA DE ONUSIDA





Amaranta Gómez Regalado, antropóloga social, política y activista transgénero mexicana participante en el Forum IAS en México.

→ Por otra parte, el estudio PrEPX, coordinado por **Kathleen Ryan**, de la Universidad de Monash (Australia), concluye que son las personas jóvenes las que más habitualmente dejan de tomar la PrEP tras haberla iniciado. Casi todos los participantes de este estudio fueron gais, bisexuales y otros HSH. Los menores de 29 años fueron, según este estudio, un 75% más proclives a abandonar que los mayores de 40 años. Otras cifras interesantes: las personas que consumen droga son un 64% mas propensas a abandonar la profilaxis y aquéllas a las que un médico derivó hacia el tratamiento son un 27% más propensas que aquéllas que acuden a un centro sanitario a pedirlo.



© DE TODAS LAS IMÁGENES / INTERNATIONAL AIDS SOCIETY/PANOS PICTURES/WORKERS' PHOTOS

7 NUEVAS HERRAMIENTAS MOLECULARES PARA DESTRUIR RESERVORIOS CELULARES DEL VIH

Todos los expertos coinciden en señalar que uno de los principales problemas en el hallazgo de una cura para el VIH es la existencia de una minoría de células de vida prolongada infectadas por el virus, lo que se conoce como reservorio celular. Estos mismos expertos suelen referirse a estrategias de investigación denominadas 'despertar y matar' ('kick and kill'), mediante las cuales se despertaría a esas células del reservorio para hacerlas visibles, de modo que un tratamiento las pudiese matar. En el Foro para la Cura del VIH y la Hepatitis B, celebrado inmediatamente antes del IAS 2019, se presentaron algunas moléculas modificadas genéticamente que podrían ofrecer potencial para buscar y matar a las células del reservorio incluso sin necesidad de 'despertarlas'. Aunque es preciso desarrollar más y mejor esta tecnología antes de probarla en ensayos con seres humanos, bien puede constituir una fundada esperanza en el camino hacia una terapia de cura efectiva.

¿Qué es la IAS?

La **International AIDS Society** fue fundada en 1988. Es la asociación de profesionales que investigan y luchan contra el VIH más grande del mundo. Sus asociados provienen de 170 países. Organiza las principales reuniones anuales de la especialidad, que tienen lugar en años alternos: la Conferencia Internacional sobre el Sida (la última edición tuvo lugar en Amsterdam en 2018), la Conferencia IAS sobre Ciencia y VIH (que tuvo lugar en México en julio de este año, y que también es bienal) y la Conferencia sobre Investigación y Prevención de VIH.

Esteban Martínez: "Falta poco para 2020 y debemos evaluar nuestra posición ante el objetivo 90-90-90"

Entrevista/ El Dr. Esteban Martínez se ha convertido en el nuevo presidente de Grupo de Estudio del Sida (Gesida) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Quiere avanzar en la expansión de esta sociedad con criterios de representatividad y democracia, e incide en la importancia de llevar a cabo campañas de prevención que permitan disminuir el número de infeccioness, para lo que cree necesario determinar los grupos a los que hay que dirigirse.

Estrena cargo desde primavera al frente de Gesida. ¿Con qué proyectos y objetivos inaugura presidencia?

R: Pretendo conseguir una cierta continuidad, avanzar con este momento de expansión respecto al número de asociados e intentar mantener la variedad y el número de actividades, tanto docentes como científicas. Me gustaría, además, incorporar aspectos que por la época que nos toca probablemente tendrán una relevancia muy grande, como la prevención de las ITS y del VIH con la PrEP, que recientemente ha aprobado el ministerio. También, me interesa aumentar la representatividad fuera de Madrid, para dar calidad a Gesida. Unas veces las distancias, otras veces las posibilidades de acceso a actividades que son presenciales, limitan un poco. Pero creo que es importante aumentar el número de socios en todas las provincias de España.

Quisiera además mejorar los procedimientos internos de Gesida en cuanto a simplicidad, democratización o accesibilidad para mayor beneficios de los socios. Falta poco para 2020 y no nos queda otra que evaluar nuestra posición en el ambicioso 90-90-90. En este terreno, aunque no podemos caer nunca en la complacencia absoluta de que estamos bien, porque siempre se puede mejorar, creo que, de una forma humilde y reconocida a nivel internacional, podemos decir que en España se están haciendo las cosas bien en varios niveles.

P: ¿Qué estrategias son recomendables para evitar nuevas infecciones?

R: La administración pública debe hacer campañas de prevención. ¿Acaso hemos visto alguna potente en los últimos años? No. Se hacen para prevenir la obesidad, para problemas cardiovasculares y también deberían hacerse para la prevención de infecciones de ITS. Lo primero que debemos hacer es preguntarnos de dónde vienen las nuevas infecciones. Vienen sobre todo por vía sexual. Por tanto, hay que dirigirlas a aquellas personas que tengan un mayor número de contactos sexuales, unos compañeros sexuales más variados, incluso desconocidos, o que puedan estar acompañados además de consumo de drogas u otras circunstancias que afecten al riesgo de transmisión. Los hombres que tienen sexo con hombres y los inmigrantes, que unas veces se han infectado en sus países de origen y otras veces aquí, son colectivos con un importante número de infecciones.

P: Pero, ¿la gente se infecta por falta de información o es que se ha perdido el miedo?

R: Creo que los motivos son variados, no intento ser dogmático. El VIH ahora tiene una cara amigable: con el VIH se puede vivir, hay varios tratamientos, la mayor parte son muy fáciles de tomar... Da la impresión de que no hay problema. Eso hace que para algunas personas no exista sensación de riesgo. Lo sé porque antes también suministrábamos la profilaxis post-exposición, y tengo casos en los que la misma persona ha venido varias veces. Gente que piensa: "Si no me pasa esta vez, genial, y si al final me pasa, tengo opciones". Y no es así, cualquier enfermedad, incluso las curables, dejan una huella en la persona, y por tanto hay que evitarlas.

P: ¿Hablamos de diagnóstico precoz?

R: De la misma manera que a las madres embarazadas se les hace un test, deberíamos estudiar el perfil de los nuevos diagnósticos para saber en qué otros escenarios los test son recomendables. Una trombocitopenia, un linfoma... Quizás deberíamos hacer un cribado adecuado. Hay personas con una tuberculosis a las que no se les está haciendo el test del VIH porque el médico piensa que esa persona no lo va a tener. Esto no debe-



«Los médicos VIH tenemos una tendencia a preocuparnos de la salud global de los pacientes y, en este sentido, Gesida se ha preocupado en establecer recomendaciones y guías más allá de la mera administración de la medicación»

«A los pacientes con un buen seguimiento y buena adherencia quizás hay que facilitarles el acceso a la medicación. Muchas veces es un problema para ellos, especialmente para las personas con vidas activas, con una intensa actividad laboral»

«Por su incidencia, el cáncer y la enfermedad cardiovascular son dos enfermedades que nos preocupan mucho. En ambas el VIH puede tener un efecto negativo»

ría pasar. Desgraciadamente, los médicos que llevamos VIH no somos los que hacemos el diagnóstico. Los médicos de algunas especialidades como urología, hematología, ginecología o dermatología deberían estar sensibilizados de una forma especial, y a lo mejor contar con una recomendación para que a todo paciente que ha sido atendido de un herpes zoster o de una dermatitis seborreica grave se le pida la prueba del VIH de manera sistemática. Los test anónimos también ayudarían. La gente tiene que saber que están disponibles en muchas farmacias. Hay personas a las que les puede resultar violento pedir cita en el médico para hacerse la prueba del VIH, porque es reconocer abiertamente ante otro, aunque esté para ayudar, que puede tener el VIH.

P: ¿Cómo evalúa el segundo 90?

R: Creo que en ese segundo 90, en el tratamiento, es donde España acumula un mayor éxito. Es libre y gratuito. Incluso los inmigrantes sin tarjeta sanitaria cuentan con una disposición para acceder al tratamiento; es también un tema de salud pública. Además, en España la mayor parte de los tratamientos disponibles están contemplados dentro de la cartera de servicios. En otros países, como en Francia, hay algunos tratamientos que si no han aportado una novedad respecto a los ya usados no están accesibles. En el Reino Unido muchas veces la decisión de un tratamiento u otro está basada en términos económicos y no en términos científicos. Estas prácticas empeoran el tratamiento y por tanto su adherencia.

P: ¿Mejorarían el servicio al paciente nuevos modelos de consulta?

R: Se están ampliando las maneras de proporcionar servicios a los pacientes y, aunque todavía no es una rutina, quien más quien menos en muchas comunidades tiene un sistema en pruebas, alguna beca, un proyecto… para facilitar una visita médica diferente a la tradicional. A veces, se trata de un contacto telefónico, otras de un correo electrónico, otras de una teleconferencia. Pero debemos ser sensatos y proponer a cada paciente lo que le resulte mejor. Y cuando decidamos poner en marcha algo ser capaces de mantenerlo en el tiempo. Hay que hacer las cosas bien.

P: ¿En qué momento se encuentra la farmacia hospitalaria?

R: Los farmacéuticos son gente increíble, muy entregada. Pacientes y médicos debemos agradecer a los farmacéuticos que cuidan de la medicación. Ellos son los que detectan errores o faltas de adherencia. Sus gestiones y su asesoramiento son muy importantes, pero es otra cola que tiene que hacer el paciente. A los pacientes con un buen seguimiento y buena adherencia quizás hay que facilitarles el acceso a la medicación. Muchas veces es un problema para ellos, especialmente para las personas con vidas activas, con una intensa actividad laboral. También puede ser un problema para aquellos pacientes que siendo mayores no pueden desplazarse o para los que viven en pueblos alejados del hospital y no tienen la autonomía de ir en vehículo propio o no se pueden pagar el transporte. Habría que estudiar medios alternativos. La cola es larga porque ahora mucha medicación oncológica, muchos medicamentos biológicos, muchas otras medicaciones… se dispensan en farmacia hospitalaria.



«De una forma humilde y reconocida a nivel internacional, podemos decir que en España se están haciendo las cosas bien en varios niveles»

P: ¿Qué podemos decir respecto al tercer 90?

R: El último 90 sería lograr una carga viral suprimida. Para ello, ha de estarse tomando la medicación. Pero esta medicación no sólo debe ser eficaz, también debe tolerarse bien y no producir interferencias con los tratamientos de comorbilidades. Los pacientes son un todo y pueden tener otros problemas de salud. Los médicos de VIH tenemos una tendencia a preocuparnos de la salud global de los pacientes y, en este sentido, Gesida se ha preocupado en establecer recomendaciones y guías que van más allá de la mera administración de la medicación. Hay muchas guías de prevención y tratamiento de las comorbilidades, lo que es un punto diferencial respecto a otras sociedades que trabajan con el VIH en otros países. De hecho, hay países que ni siquiera tienen una sociedad como la nuestra.

P: ¿Cómo debemos seguir avanzando en el terreno de las comorbilidades?

R: El control del virus de la hepatitis C ha sido un éxito. Una coinfección muy frecuente que se ha podido atajar de manera drástica gracias a medicamentos fáciles de tomar, breves y además muy bien tolerados. Por su incidencia, el cáncer y la enfermedad cardiovascular son dos enfermedades que nos preocupan mucho. En ambas el VIH puede tener un efecto negativo, al igual que en otras infecciones como el virus de la hepatitis o el del papiloma humano. Respecto al cáncer de pulmón, existe un efecto claro, ya que en todos los países del mundo, en todos los extractos sociales, las personas con VIH fuman más. Los motivos seguro que son diversos, pero, independientemente del tabaco, el propio VIH juega un papel en inducir el cáncer del pulmón y otras alteraciones del aparato respiratorio que no son neoplásicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En cuanto a la enfermedad cardiovascular, el VIH juega un papel importante, al igual que en la promoción de la arterioesclerosis. Una forma de contribuir a ayudar a nuestros pacientes a abandonar el tabaco. Es muy fácil nombrarlo, pero es muy complicado acometer una retirada. Faltan recursos, hay médicos que no saben cómo abordar este problema, y como no lo saben no lo abordan.

P: En este sentido, ¿cree que se debería hacer un especial esfuerzo en que las unidades médicas trabajaran más en equipo?

R: Sí. Ya se están haciendo muchos esfuerzos. Tenemos que tener una visión general del paciente. De hecho, los médicos, cuando las comorbilidades han aumentado y se han hecho frecuentes, nos hemos intentado formar. Queremos monitorizar el riñón, los huesos, el sistema nervioso central… Es algo que no sólo queremos dejar en manos de otros especialistas. Pero no llegamos a todas partes. Por tanto, se han establecido lazos reales con especialidades con las que tenemos una sinergia de actuación. Con Atención Primaria, ha habido una primera reunión nacional promovida por Gesida y por la SEIMC que intentó poner sobre la mesa cual era la situación actual, qué hacía cada uno en su campo y qué podíamos hacer para que los esfuerzos fueran sinérgicos, que no se malgastaran. A partir de esta reunión, se ha creado un grupo de trabajo que facilitará establecer un conjunto de mínimos para que la actividad, tanto de Primaria como de VIH, sea homogénea en toda España, superando la situación que teníamos en el pasado.

P: ¿Debemos trabajar para conseguir la especialidad de Enfermedades Infecciosas?

R: Por supuesto, esto va mucho más allá del VIH. España es de los pocos países de Europa que no tiene especialidad de enfermedades infecciosas. Las amenazas crecientes que tienen las infecciones, las resistencias antimicrobianas, las enfermedades emergentes como el zica, el ébola, la gripe A… están ahí y van a seguir estando. En los próximos diez años tendremos enfermedades nuevas que nos sorprenderán y que cada vez que aparezcan harán temblar los gobiernos y a la sociedad en general.

Tampoco las infecciones de transmisión sexual están bien controladas. Son algo que está creciendo, que cada comunidad autónoma, cada centro, lo maneja lo mejor que puede, pero no está establecida la manera de hacerlo. Una especialidad podría ayudar al manejo de las ITS, incluido el VIH.

P: El VIH es una lucha física, pero sin duda es también una dura lucha mental. ¿Debemos trabajar frente al estigma?

R: Es verdad que una persona seropositiva no puede decirlo abiertamente, pero es que hoy en día tampoco se puede decir ni siquiera a qué partido se vota en determinados sitios. Han cambiado muchas cosas, pero nos quedan pendientes otras. Seguimos teniendo prejuicios frente al diferente. Debemos hacer campañas que no se basen en el miedo sino en la información, lo que nos hará dueños de nuestros actos.

P: ¿Cómo definiría entonces el éxito terapéutico?

R: Por supuesto, tener una carga indetectable, una mejoría de los CD4, pero también vivir libre, libre de comorbilidades físicas y psicológicas. Tener una salud general y mental que no quede oscurecida por el hecho de ser seropositivo.



PERFIL

- Médico por la Universidad de Valladolid y premio extraordinario de la promoción. Cuenta con un máster de Sida y un doctorado de Filosofía, ambos por la Universidad de Barcelona. Trabaja en la mejora y eficacia de las terapias antirretrovirales, centrando sus investigaciones en la epidemiología, prevención y gestión de eventos no relacionados con el sida.
- Trabaja en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic y coordina la atención de pacientes infectados con VIH asintomáticos y de personas no infectadas expuestas. Es, además, investigador de IDIPABS.
- Miembro del Consejo Científico del Taller Internacional sobre Reacciones Adversas a los Medicamentos y Comorbilidades en el VIH, ha sido coautor de las directrices para la prevención y el manejo de las comorbilidades no infecciosas en el VIH de la Sociedad Clínica Europea del Sida. Es también miembro fundador del Simposio Internacional sobre Psiquiatría y VIH.
- Ha publicado en más de un centenar de revistas nacionales e internacionales y es revisor en varias de las principales revistas de medicina de varios países.

En el informe *Poner fin a la epidemia*, presentado por KMPG en junio de 2019, un grupo de expertos ha realizado un diagnóstico pormenorizado de la situación de la epidemia en nuestro país. Lejos de la complacencia, nos da un aprobado alto. Para avanzar, propone algunas recomendaciones estratégicas que considera imprescindibles. Entre ellas, sacar la prevención de los hospitales, establecer derivaciones directas e incluir la educación sobre salud sexual en el currículum escolar.

Examen VIH. ¿Aprueba España?

A estas alturas, nadie duda de que la lucha contra el VIH se ha librado de los tintes dramáticos que la caracterizaban no hace tanto tiempo. Los avances científicos y el compromiso de todos los actores involucrados (países, instituciones, comunidades y organizaciones sociales, compañías farmacéuticas…) permiten elevar el listón de las expectativas. Sin dejar de ser algo decisivo, hoy nadie se conforma ya con un diagnóstico rápido y un tratamiento antirretroviral inmediato que permitirá llevar al virus a un nivel de carga indetectable. Al menos, no en los países occidentales. Un grupo de investigadores, con Jeffrey Lazarus a la cabeza, propuso en 2016 añadir al triple 90 de Onusida un cuarto 90 que comienza a ser también irrenunciable en nuestro entorno: que los pacientes que han conseguido 'dominar' el virus gocen además de una buena calidad de vida. Este cuarto 90 plantea nuevos retos y confiere nuevos perfiles a la lucha contra la epidemia en la actualidad.

En España, donde las competencias de salud están transferidas a las 17 comunidades autonómas, el marco de trabajo vigente viene dado por el Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras infecciones de Transmisión Sexual de 2018, que supone una prórroga del elaborado en 2013 por el Ministerio de Salud. Sus líneas maestras apuntan a un cambio progresivo de paradigma en el que el paciente en tratamiento ya no está en riesgo y sí ambiciona una calidad de vida similar a la de la población general. El problema está, y esto se recoge con detalle en el informe *Poner fin a la epidemia*, elaborado en junio de 2019 por KPMG y financiado por Gilead, en que los nuevos desafíos implican profundas transformaciones, tan complejas como el mismo control de la enfermedad: desde la revolución del modelo de atención sanitaria hasta la educación sobre salud sexual en las escuelas, hoy inexistente.



Informe *Poner fin a la epidemia*.
©KPMG

Casi el 73% de las 146.500 personas con VIH en nuestro país presenta carga viral indetectable. Se estima que algo más de 20.000 (13,8% del total) están infectadas y no lo saben. Las tasas de diagnóstico tardío constituyen el 47,8% de los nuevos diagnósticos. Los cambios demográficos traen consigo la aparición de nuevos grupos de riesgo. El estigma es una barrera de acceso a la atención sanitaria. Cada vez hay más pacientes mayores de 50 años… La situación ha cambiado. Y las instituciones están reacomodándose a las exigencias que esta nueva situación plantea, sobre todo después de la prolongada crisis. Por de pronto, el Comité de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida, en el que participan representantes de los ministerios de Salud, Educación e Interior, de las 17 comunidades autónomas, de organizaciones profesionales y ONGs, se reunió en febrero de 2019. Era la primera vez desde su última convocatoria en 2014. En 2018 también se aprobó el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH, que era un compromiso del plan original.

El Plan Estratégico español se centra en tres poblaciones: población general, personas sexualmente activas en situación de riesgo y personas que viven con VIH y/o otras infecciones de transmisión sexual. Sus objetivos van del cumplimiento del primer 90 a la evaluación de nuevas modalidades de detección (por ejemplo, el autotest) y enfoques preventivos (PrEP), la promoción de la salud sexual en la infancia y el abordaje del estigma y la discriminación.

A continuación, detallamos la valoración que el Grupo de Dirección del informe *Poner fin a la epidemia*' realiza sobre las políticas de VIH en nuestro país en torno a los cinco pasos del continuo de atención: sensibilización, prevención, diagnóstico y cribado, tratamiento clínico específico y atención holística.



Las tasas de diagnóstico tardío constituyen el 47,8% de los nuevos diagnósticos.

Se estima que algo más de 20.000 personas en España están infectadas y no lo saben.

Discriminación en España: obstáculos

PROTECCIÓN LEGAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN Y EL ESTIGMA

1 España cuenta con una amplia batería de leyes que deberían proteger a las personas que viven con VIH de la discriminación. La legislación laboral establece el derecho a la privacidad. Pero la realidad es que todo depende de la voluntad de los afectados. Hasta hace muy poco, podían ser excluidos para optar a un puesto en la Policía, la Guardia Civil o el Ejército. En noviembre de 2018 el Gobierno revisó y actualizó los criterios de exclusión para todos los empleos públicos.

DESPENALIZACIÓN DE CONDUCTAS

2 A pesar de estar despenalizado desde 1995, no existen leyes sobre el estatus legal de los trabajadores sexuales. Es decir, se trata de una actividad tolerada, pero no regulada. No existe protección frente a la explotación ni tampoco hay prestaciones laborales para ellos. Por su parte, la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024) marca como objetivos clave la reducción de daños y facilitar la integración social de los usuarios de drogas.

EL SEMÁFORO DE LAS POLÍTICAS SOBRE VIH EN ESPAÑA

CÓMO LEERLO

NOTA SOBRE LA METODOLOGÍA: ESTA VALORACIÓN PONE DE RELIEVE EL PUNTO DE VISTA DEL GRUPO DE DIRECCIÓN RESPECTO A LAS ACTUALES POLÍTICAS Y SU EFICACIA, EN FUNCIÓNDE LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA CASCADA DE ATENCIÓN DEL VIH.



Rojo
Política no disponible

Naranja
Márgen de mejora

Verde
Política disponible y efectiva

SENSIBILIZACIÓN



- Sensibilización entre las poblaciones de alto riesgo
- Campañas para erradicar el estigma
- Educación sobre salud sexual dirigida a la población general (por ejemplo, en escuelas)

PREVENCIÓN



- Distribución gratuita de preservativos y lubricantes a las poblaciones en situación de alto riesgo
- Acceso a la profilaxis preexposición (PrEP) oral para poblaciones en situación de alto riesgo
- Acceso a la profilaxis postexposición (PEP)
- Reducción de daños y riesgos

DIAGNÓSTICO Y CRIBADO



- Disponibilidad de pruebas gratuitas y anónimas en entornos comunitarios y especializados
- Disponibilidad de autotest del VIH o de toma de muestra por la propia persona

TRATAMIENTO ÚNICO ESPECÍFICO



- Inicio inmediato de terapia antirretroviral
- Acceso a fármacos innovadores
- Acceso a servicios de seguimiento periódicos (por ejemplo, carga viral, adherencia, coinfecciones…)

ATENCIÓN HOLÍSTICA A LARGO PLAZO



- Acceso a servicios para manejar el envejecimiento y las comorbilidades
- Accesos a servicios de salud mental
- Acceso a servicios de apoyo no clínicos (por ejemplo, apoyo de pares, counselling…)

Los expertos, sobre sensibilización / prevención

«En esencia, las campañas de sensibilización se han limitado a determinadas poblaciones como gais, bisexuales o HSH. No llegan a la juventud ni a ciertas poblaciones vulnerables como los migrantes»

«Algunas comunidades autónomas cuentan con programas en los que enfermeras o personas con formación adecuada acuden a dar charlas a alumnos, pero tienen carácter voluntario y dependen del consentimiento de la escuela»

«Vemos un montón de jóvenes con nuevas infecciones, pero no tienen percepción del riesgo ni entienden cómo o por qué pueden infectarse con el VIH»

LOS 5 PASOS, A EXAMEN

1 Sensibilización

¿Qué dicen las políticas?
El Plan Estratégico 2017-2020 tiene el objetivo de promover la sensibilización en poblaciones de alto riesgo (jóvenes, gais, bisexuales y, en general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables, migrantes y mujeres), pero no plantea ninguna acción específica. Algunos planes autonómicos también describen acciones de sensibilización. La educación afectivo-sexual no es obligatoria en las escuelas. El Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH, aprobado en noviembre de 2018, concreta algunos compromisos contra el estigma.

¿Qué sucede en la práctica?
Ministerio de Sanidad, sociedades médicas y algunas ONGs llevan a cabo campañas de sensibilización dirigidas a poblaciones de riesgo y otras que abordan el estigma, pero los presupuestos públicos están congelados. El nivel de concienciación de la población general es bajo y persiste el estigma. Hay algunas comunidades que sí incluyen en sus planes programas de divulgación que ofrecen educación afectivo-sexual (Cataluña, Extremadura), pero su aceptación por parte de los escuelas es opcional. Más del 50% de los jóvenes no usa preservativo en todas las relaciones sexuales; el 15% ni siquiera cuando exista la posibilidad de adquirir una ITS.

¿Qué dicen los expertos?
Se puede hacer mucho más. A menudo, las campañas no son congruentes ni se difunden de manera conveniente, por lo que no llegan a las poblaciones más difíciles de alcanzar. Por número, frecuencia y tipo de campañas, los jóvenes y las personas transgénero son las poblaciones menos atendidas. La ausencia de políticas sobre educación afectivo-sexual constituye una importante barrera para la sensibilización y es uno de los retos clave.

2 Prevención

¿Qué dicen las políticas?
El Plan Estratégico 2017-2020 insiste en la necesidad de ofrecer servicios de prevención combinada dirigidos especialmente a poblaciones vulnerables. La responsabilidad recae en cualquier caso en las comunidades autónomas. Contempla además la provisión de PEP, pero no se define con respecto a la PrEP. En cualquier caso, Gesida redactó en 2016 un documento de consenso en el que se recomienda el desarrollo de un programa de PrEP acompañado de un plan de prevención y formación. La Estrategia Nacional sobre Adicciones y otras políticas de reducción de daños y riesgos incluyen objetivos para mantener y aumentar la cobertura de los programas existentes, pero no abordan aún nuevas tendencias como el chemsex.

¿Qué sucede en la práctica?
La profilaxis postexposición (PEP) está disponible de forma generalizada en entornos hospitalarios y existen servicios de reducción de daños en instituciones públicas, incluyendo urgencias, unidades móviles, farmacias y prisiones. La cobertura es amplia en toda España. La distribución de preservativos es responsabilidad de las

comunidades autónomas. A pesar de que la comisión de salud del Congreso ha respaldado de forma unánime la introducción de la profilaxis pre-exposición, no existen políticas concretas sobre PrEP (A partir del 1 de noviembre, el Ministerio de Sanidad financia la PrEP. Ver páginas 67-68).

¿Qué dicen los expertos?
Es necesario mejorar la estrategia de prevención del VIH. Sobre la PrEP, deben tenerse en cuenta la formación de no especialistas, la prestación de servicios de apoyo como el counselling sobre conductas de riesgo, y no limitarla únicamente a hospitales. A pesar del éxito en la reducción de daños (se observa un descenso constante en el número de diagnósticos de VIH relacionados con la inyección de drogas), debe prestarse más atención a nuevas tendencias de riesgo como el chemsex, que pueden hacer crecer su prevalencia de nuevo.

Los expertos, sobre diagnóstico y cribado

«Los médicos de cabecera deberían prestar más atención a los síntomas del paciente. A menudo no los clasifican correctamente ni realizan una prueba de VIH, por lo que los pacientes suelen acceder al tratamiento demasiado tarde»

«El autotest puede adquirirse en cualquier farmacia. Pero no están en sitios visibles, por lo que se necesita hacer una mayor promoción»

3 Diagnóstico y cribado

¿Qué dicen las políticas?
El Plan Estratégico dice que es necesario mejorar tanto las tasas de oferta como de aceptación de las pruebas; describe acciones para mejorar las pruebas en la comunidad; y señala que hay que actualizar las directrices relativas al diagnóstico precoz en entornos sanitarios. Además, reconoce la ausencia de datos fiables y propone acciones para implementar un nuevo sistema denominado RedCo-VIH para hacer un seguimiento de las pruebas y el diagnóstico de VIH en entornos comunitarios. El Plan también promueve el diagnóstico precoz a través del autotest. El Ministerio de Salud recomienda realizar pruebas rutinarias a quienes se someten a una prueba de sangre, sean sexualmente activos, tengan entre 20 y 59 años y vivan en provincias donde la tasa de nuevos diagnósticos estén por encima del percentil 75 para este grupo de edad. Otras recomendaciones de Salud son el cribado prenatal y el de la población reclusa.

¿Qué sucede en la práctica?
La prueba del VIH está disponible tanto en atención primaria como especializada. También se realizan pruebas en entornos comunitarios (sedes de ONGs en 150 localidades o unidades móviles) y en farmacias. Un estudio reciente indica el éxito de esta estrategia en poblaciones de no alto riesgo, como hombres heterosexuales. En todo caso, existe el requisito de que las pruebas las realice personal cualificado y que, si arrojan resultado positivo, se derive al afectado a un centro de salud pública o de atención primaria para confirmar el diagnóstico antes de derivarla a hospital. El autotest está disponible en farmacias sin receta desde 2017. Es reciente la elaboración de una guía de acción farmacéutica para la dispensación de estos dispositivos.

¿Qué dicen los expertos?
Hay que mejorar la oferta de la prueba, su grado de aceptación y la vinculación de las personas con los servicios de atención. Con este fin, se señalan algunas medidas: mejorar las tasas de realización de pruebas por parte de médicos de atención primaria, eliminar barreras para permitir que una persona no cualificada pueda realizar las pruebas en entornos comunitarios, mejorar la derivación a los servicios de atención tras la realización de pruebas en entornos comunitarios, recopilar datos exhaustivos sobre la realización de pruebas y aumentar la sensibilización de la población.

4 Tratamiento clínico específico

¿Qué dicen las políticas?
El Plan Estratégico y las directrices de Gesida recomiendan el inicio inmediato de la terapia antirretroviral con independencia del nivel de linfocitos. Por lo que se refiere al acceso a la medicación, una vez autorizado un fármaco, el Ministerio toma las decisiones sobre precios y reembolsos, y posteriormente es necesaria la aprobación adicional por parte de las comunidades autónomas, que pueden tomar sus propias decisiones sobre reembolsos. Incluso algunos hospitales pueden negociar precios.

¿Qué sucede en la práctica?
Las personas con VIH siguen siendo atendidas en centros hospitalarios por especialistas en VIH. Sólo se puede acceder a los antirretrovirales en las farmacias hospitalarias. Aunque el inicio inmediato es un protocolo que se aplica por lo general de forma correcta, el tiempo de inicio de la terapia puede variar. Dado que es el médico de cabecera el único que puede derivar a un paciente a la especialidad de VIH, la derivación puede sufrir retrasos. Las distintas etapas del proceso de derivación pueden afectar más a poblaciones vulnerables. El tiempo que transcurre hasta que un fármaco está disponible puede variar entre seis y 18 meses debido a las numerosas etapas del proceso regulatorio sobre fijación de precio y reembolso.

¿Qué dicen los expertos?
El tratamiento clínico específico del VIH se está aplicando de manera muy efectiva en España. Sin embargo, el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento puede mejorar. También puede mejorar el prolijo proceso de derivación actual y evitar así pérdidas de seguimiento de pacientes en el sistema. Hay que establecer además una colaboración más estrecha para el manejo de coinfecciones y acordar un proceso de aprobación de los nuevos medicamentos más coherente que limite lo que se conoce como 'lotería según el código postal'.

Los expertos, sobre tratamiento clínico / atención holística

«A pesar de que el acceso a la atención de las comorbilidades es bueno, en ocasiones su organización resulta complicada. Por ejemplo, si es preciso visitar a otro especialista, es posible que tenga que esperar meses para una cita»

«Me gustará saber qué porcentaje de personas con VIH vuelve a su médico de cabecera para conseguir una derivación y así volver al cardiólogo o a cualquier otro especialista»

5 Atención holística a largo plazo

¿Qué dicen las políticas?
Alientan la adopción de un enfoque multidisciplinar en la atención de personas con VIH promoviendo el diagnóstico precoz de las comorbilidades y la formación continua de los profesionales sanitarios. No existen políticas específicas para afrontar el envejecimiento de los pacientes. Tampoco se dice nada en lo que se refiere a los servicios de atención a la salud mental para personas con VIH.

¿Qué sucede en la práctica?
En la mayor parte de las comunidades autónomas el manejo de las comorbilidades sigue recayendo en los médicos de atención primaria. Los especialistas en VIH de hospitales no pueden hacer derivaciones, lo que genera retrasos y molestias al paciente. Los servicios de salud mental se proporcionan en hospitales, y solo en algunos casos en colaboración con ONGs.

¿Qué dicen los expertos?
Es fundamental un cambio en el modelo de atención actual. Hay que acercar las unidades de VIH a la comunidad para asegurar que se produce una colaboración más estrecha entre los servicios de atención a las comorbilidades y otros servicios de apoyo psicológico y conductual. Para ello, mejorar los canales de comunicación y las vías de derivación es esencial. También, aumentar el grado de concienciación entre los médicos de atención primaria. El sistema no dispone de capacidad suficiente para proporcionar servicios de salud mental adaptados de forma específica a personas con VIH. Es necesario realizar un mejor seguimiento de los indicadores de salud holística y recopilar datos procedentes de entornos reales. Y disponer de una base de datos más solida sobre las necesidades de las personas con VIH más allá de alcanzar una carga viral indetectable.

Recomendaciones para el futuro

01 REFORZAR EL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL SOBRE EL SIDA

La crisis económica y los cambios de gobierno han impacto en el plan, detrayendo recursos humanos y presupuestarios. Hay que actualizar la estrategia en 2020. Y obtener recursos adicionales para desarrollar el análisis de datos y la coordinación con las comunidades autónomas.

02 INCLUIR LA EDUCACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL EN EL CURRÍCULUM ESCOLAR

Desde 2013, la educación en salud sexual no es obligatoria. No hay objetivos estandarizados por comunidades autónomas. Es preciso reintroducir estos contenidos con carácter obligatorio y por ley, integrándolos de forma transversal y homogénea en todo el país. Los expertos demandan auditar los resultados y consenso de los partidos políticos.

03 ABORDAR LAS BAJAS TASAS DE REALIZACIÓN DE PRUEBAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Actualizar y relanzar las directrices sobre realización de pruebas del VIH para aumentar el grado de concienciación. Adoptar políticas como la de 'prueba durante la vida', ya vigente en Francia, que obliga a toda la población a someterse a un test del VIH al menos una vez. Realizar campañas que fomenten su seguimiento dirigidas al personal médico de primaria e implantar recordatorios automáticos en los historiales clínicos.

04 DESARROLLAR UN MARCO DE TRABAJO INTEGRAL A NIVEL NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH

Ese marco exige más fondos e integrar opiniones de todas las partes implicadas. Debe contemplar las características cambiantes de la enfermedad. Por ejemplo, cómo hoy han cobrado más protagonismo mujeres, heterosexuales de más edad, transgénero, jóvenes y migrantes. También, abordar adecuadamente los nuevos comportamientos de riesgo y otras tendenciales sociales como el chemsex. Incorporar nuevos canales de comunicación más efectivos entre las poblaciones de riesgo: redes sociales y apps. Los expertos señalan que el marco de trabajo ha de incluir intervenciones detalladas que abarquen aspectos biomédicos (profilaxis pre-exposición), conductuales (preservativos, lubricantes, reducción de riesgos y daños, erradicación del estigma...) y estructurales (infraestructuras para la atención de la salud sexual).

05 IMPLEMENTAR MÁS CLÍNICAS DE SALUD SEXUAL DE BASE COMUNITARIA

Hay que tener en cuenta que las poblaciones más vulnerables suelen mostrarse reacias a su inclusión en la red de servicios públicos. Por tanto, es muy importante aumentar el número y la capacidad de los centros comunitarios de salud sexual, de manera que puedan prestarse servicios de manera más cercana a la población. Estos centros pueden asumir la realización de pruebas y derivar a pacientes a servicios especializados de VIH sin pasar por atención primaria. En el futuro, añaden los expertos, estos centros deberían poder implementar intervenciones biomédicas preventivas como la PrEP o la PEP y actuar como centros de difusión de conocimiento entre las comunidades locales. El BCN Checkpoint de Barcelona o el Dean Street Clinic de Londres son dos ejemplos de buenas prácticas en este sentido.

El 90,4 de las personas en tratamiento presenta carga viral indetectable (**106.621**).

86,2% 93,4% 90,4%

El 86,2% de las personas con VIH en España están diagnosticadas. En números, son **126.278** de un total estimado en 146.500.

El 93,4% de las personas diagnosticadas está en tratamiento antirretroviral (**117.944**).

Diagnóstico y recomendaciones para el grupo Europa 5



Como en España, el estado actual de la epidemia de VIH en Europa occidental ha pasado de las devastadoras tasas de mortalidad entre 1980 y 1990 a la realidad de unos 'enfermos' crónicos con una carga viral indetectable que no pueden transmitir la infección a terceros, que gozan de una esperanza de vida similar a la de la población general, y que aspiran a tener una calidad de vida también similar.

Esta situación presenta nuevos desafíos, y sobre todo proporcionar asistencia a largo plazo a los pacientes y atender a nuevas poblaciones en situación de riesgo. Todo ello, señalan los expertos, debe venir acompañado de cambios normativos. "La posibilidad de poner fin a la epidemia está a nuestro alcance, pero se necesitan acciones urgentes", dicen los autores del informe *Poner fin a la epidemia*.

EL SEMÁFORO EUROPEO

	ESPAÑA	FRANCIA	ITALIA	ALEMANIA	REINO UNIDO
¿TIENE UN PLAN NACIONAL CONTRA VIH?	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴
SENSIBILIZACIÓN	🟠	🟠	🟠	🟢	🟠
PREVENCIÓN	🟠	🟠	🟠	🟠	🟠
DIAGNÓSTICO Y CRIBADO	🟠	🟠	🟠	🟠	🟠
TRATAMIENTO CLÍNICO ESPECÍFICO VIH	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
ATENCIÓN HOLÍSTICA A LARGO PLAZO	🟠	🟠	🟠	🟠	🔴

¿Cuáles son los desafíos más importantes?

- Falta de visibilidad del VIH por un exceso de confianza: comienza a desvanecerse de la agenda pública.
- Incapacidad para prevenir nuevas infecciones y tasas elevadas de diagnósticos tardíos: el número de nuevas infecciones no se ha reducido significativamente en ninguno de estos países y los diagnósticos tardíos contribuyen a una morbimortalidad cada vez mayor.
- Acceso desigual para las subpoblaciones: los cambios en la epidemiología y los patrones de riesgo crean nuevas poblaciones vulnerables, mientras los servicios no se han adaptado.
- Mantener el ritmo de cuidado de la salud a largo plazo más allá de la carga viral indetectable.
- Ceder ante las presiones socioeconómicas y políticas de Europa: la austeridad y los populismos han tenido un impacto negativo en la respuesta al VIH.

¿Cuáles son las recomendaciones?

- Desarrollar estrategias combinadas de prevención, con planes de implementación adecuados que reflejen la realidad actual del VIH. Reevaluar el enfoque actual de la prevención a partir de las evidencias científicas actuales.
- Abordar las bajas tasas de realización de pruebas diagnósticas y las altas tasas de diagnósticos tardíos: integrar la repetición de pruebas en todas las poblaciones de alto riesgo y mejorar la oferta y la aceptación de las pruebas en todos los entornos de atención médica.
- Definir políticas que apoyen la salud a largo plazo de las personas con VIH: integrar a estas personas en políticas de salud a largo plazo y desarrollar estrategias de educación y formación para facilitar la atención médica en entornos comunitarios.
- Buscar, resaltar y difundir ejemplos de buenas prácticas.

La primera Conferencia Global Fast Track Cities sobre el VIH, la tuberculosis y las hepatitis víricas tuvo lugar en Londres del 9 al 11 de septiembre. Delegados de 300 ciudades de todo el mundo renovaron su compromiso con el triple 90 que marca la ONU y escucharon por qué la capital británica lidera la clasificación.

La amenaza en las ciudades se llama hoy desigualdad

Sólo hay cuatro ciudades en el mundo que han alcanzado el triple 90 que ha marcado Onusida como objetivo contra el VIH para el año 2030: Londres, Amsterdam, Brighton y Manchester. Berlín lo roza y a buen seguro que lo alcanzará en breve.

De ellas, Londres fue la primera en superar el umbral. A punto de entrar el tercera década del siglo XXI, sigue encaramada a lo más alto de la clasificación y es el espejo en el que todos se miran. Presenta unas credenciales (95-98-97) que la convierten en modelo para las otras 300 ciudades que integran la red Fast Track Cities y para cualquier otra ciudad, entidad u organización que lucha contra la epidemia. "Me siento plenamente orgulloso del gran trabajo que Londres está realizando para hacer frente al VIH y la desigualdad. Me complace el hecho de que ahora seamos capaces de compartir con otros nuestros conocimientos y nuestra experiencia. Para mí, es un honor que los líderes de todo el mundo en materia de salud estén reunidos aquí. Este primer encuentro internacional supondrá un hito en nuestra lucha", dijo **Sadiq Khan**, su alcalde, al inicio de la 1ª Conferencia Fast Track Cities, que se desarrolló del 9 al 11 de septiembre en el Barbican Centre, junto al Támesis. Escuchaban atentos a Khan 750 delegados de ciudades de todo el mundo. "En muchos aspectos, Londres es el modelo que estamos tratando de promover en todo el planeta. Nos reunimos aquí precisamente porque su compromiso político, el liderazgo indiscutido del sistema público de salud, el apoyo por parte de los proveedores sanitarios y la participación activa de las comunidades afectadas han permitido a esta ciudad superar todos los objetivos propuestos por nuestra red", añadió **José Zúñiga**, CEO y presidente de la Associate of Providers of AIDS Care (IAPAC), una de las entidades que han impulsado la iniciativa Fast Track Cities desde su presentación en París en 2014. Los otros socios son Onusida, ONU-Habitat y el Ayuntamiento de París.

La capital del Reino Unido congrega al 38% de todos los infectados con VIH en el Reino Unido. Se sumó a la red Fast Track relativamente tarde, en 2018, pero llevaba ya muchos años implementando políticas, estrategias y acciones que aúnan a todos los agentes involucrados en la lucha contra el VIH. Ése es el secreto de su éxito. "Sólo así se explica que hayan alcanzado ese 95-98-97. Y, además, Londres ha priorizado la lucha contra el estigma y la discriminación en todas sus formas. Aunque todo esto no significa que el éxito sea completo, nos reunimos para arrojar luz a los esfuerzos realizados por esta ciudad para decir y eliminar las desigualdades sanitarias que contravienen los principios de justicia social", recordó Zúñiga, que advirtió pese a todo del riesgo de que las minorías étnicas puedan "quedarse atrás" incluso en Londres. **Gunilla Carlsson**, directora ejecutiva adjunta de Onusida, también presente en la cita, lo corroboró casi de inmediato: "Hemos visto que, para lograr una respuesta eficaz para el VIH, es fundamental acabar con las desigualdades, los equilibrios de poder, la marginalización y la discriminación"

El grupo de trabajo FTC London, que integra a políticos, profesionales sanitarios y líderes comunitarios, se ha marcado como prioridad la atención de estas poblaciones vulnerables y ha denominado su estrategia con un significativo 'London Getting to Zero'. El propio Sadiq Khan, consciente del riesgo, hizo un vigoroso llamamiento durante la conferencia: "Con todo mi corazón, apoyo la determinación de Reino Unido de llegar a cero en nuevas infecciones, cero en muertes relacionadas con el sida y cero en discriminación. Para acabar con todos los casos de VIH en Londres, el Gobierno debe poner a disposición de todos los que los necesitan, a través del sistema de salud nacional, los tratamientos de profilaxis preexposición. Ya no cabe ninguna hipótesis, ningún pero, no hacen falta más pruebas. Sabemos que funciona, sabemos que evita la transmisión de la infección y sabemos que, a largo plazo, ahorra dinero".

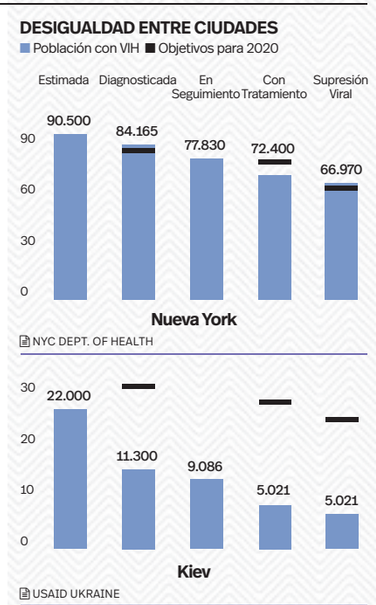
Más de la mitad de población mundial vive hoy en entornos urbanos. En ellos, el riesgo de contraer VIH —también tuberculosis y hepatitis— es más elevado debido a dinámicas recientes como el intenso fenómeno migratorio global, el desempleo y las desigualdades sociales y económicas en general. Sin embargo, por su naturaleza, las ciudades presentan también ventajas para acelerar la respuesta sanitaria y ofrecen oportunidades para llevar a cabo acciones transformadoras que garanticen un acceso igualitario a los servicios de salud. "Las ciudades han de utilizar sus ventajas para impulsar la innovación, lograr la transformación social y construir sociedades equitativas que sean inclusivas, receptivas, resilientes y sostenibles", puso de manifiesto Carlsson.

300

Ciudades forman la red Fast Track Cities en todo el mundo



BARBICAN CENTRE Londres acogió la primera Conferencia Global Fast Track Cities.



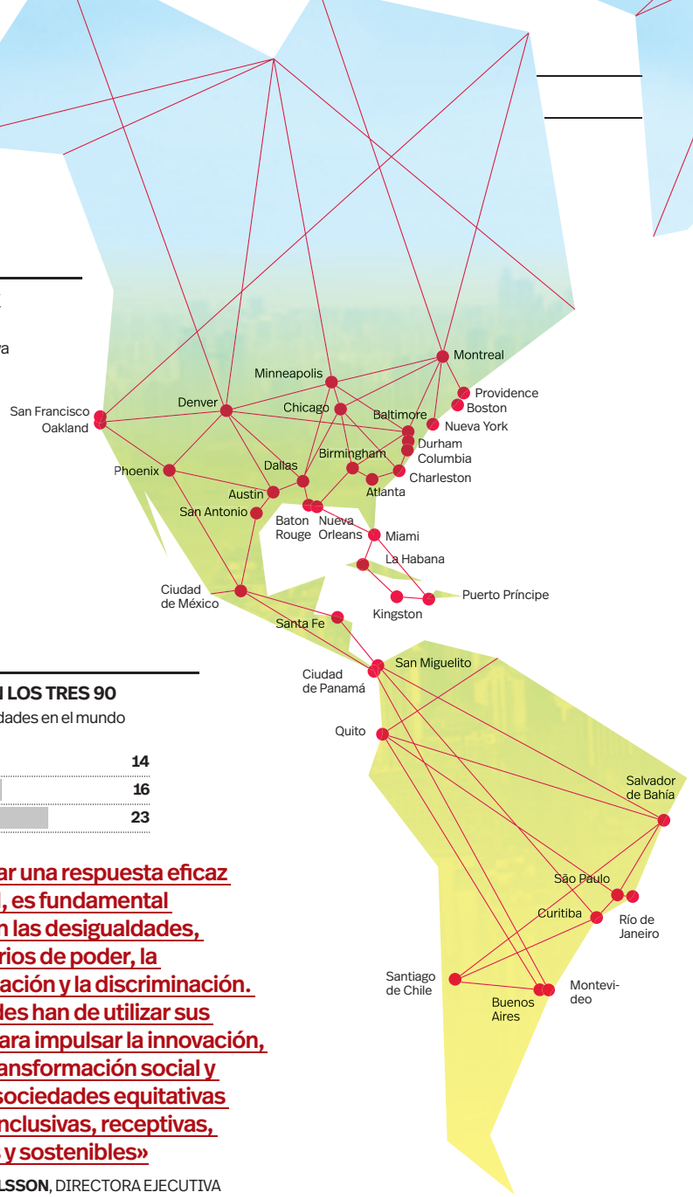
Buenas prácticas basadas en datos

● **Sindhu Ravishankar**, director de Programas de la IAPAC, presentó en la conferencia los datos actualizados del triple 90 (diagnóstico, inicio del tratamiento y supresión viral) en 61 de las 300 ciudades que integran la red Fast Track Cities. De ellas, 14 han superado el primer 90, 16 han superado el segundo y 23 el tercero. Durante la cita, distintos ponentes pusieron de manifiesto cómo la innovación y la creación de entornos favorables permiten impulsar los servicios y obtener mejores resultados.

● En **Melbourne** (Australia), por ejemplo, el compromiso de los dos grandes partidos en todas las administraciones ha asegurado la alianza entre políticos, científicos y líderes comunitarios. Y esto ha llevado a la virtual eliminación de la transmisión del virus de madres a hijos y entre trabajadores sexuales.

● En **Nairobi** (Kenia) sea alcanzado una cobertura del tratamiento de casi el 100% de los casos diagnosticados gracias a una rigurosa recogida y al tratamiento de datos que han permitido, entre otras cosas, identificar las necesidades de poblaciones clave y las de grupos de jóvenes que viven en asentamientos informales.

● "Los modelos estadísticos y matemáticos son hoy herramientas decisivas para controlar la epidemia. Nos permiten descifrar los procesos y dinámicas que subyacen a la enfermedad, definir mejor objetivos y monitorear avances", explicó **Brian Williams**, del South African Centre for Epidemiological Modelling & Analysis, que ha demostrado que con un buen uso del big data se puede adelantar veinte años, de 2050 a 2030, la consecución del objetivo 90-90-90 en ciudades amenazadas con Lusaka (Zambia) o Nairobi.



FAST TRACK CITIES
Ciudades que ya se han sumado a la red.

SUPERARON LOS TRES 90
Número de ciudades en el mundo

Primer 90	14
Segundo 90	16
Tercer 90	23

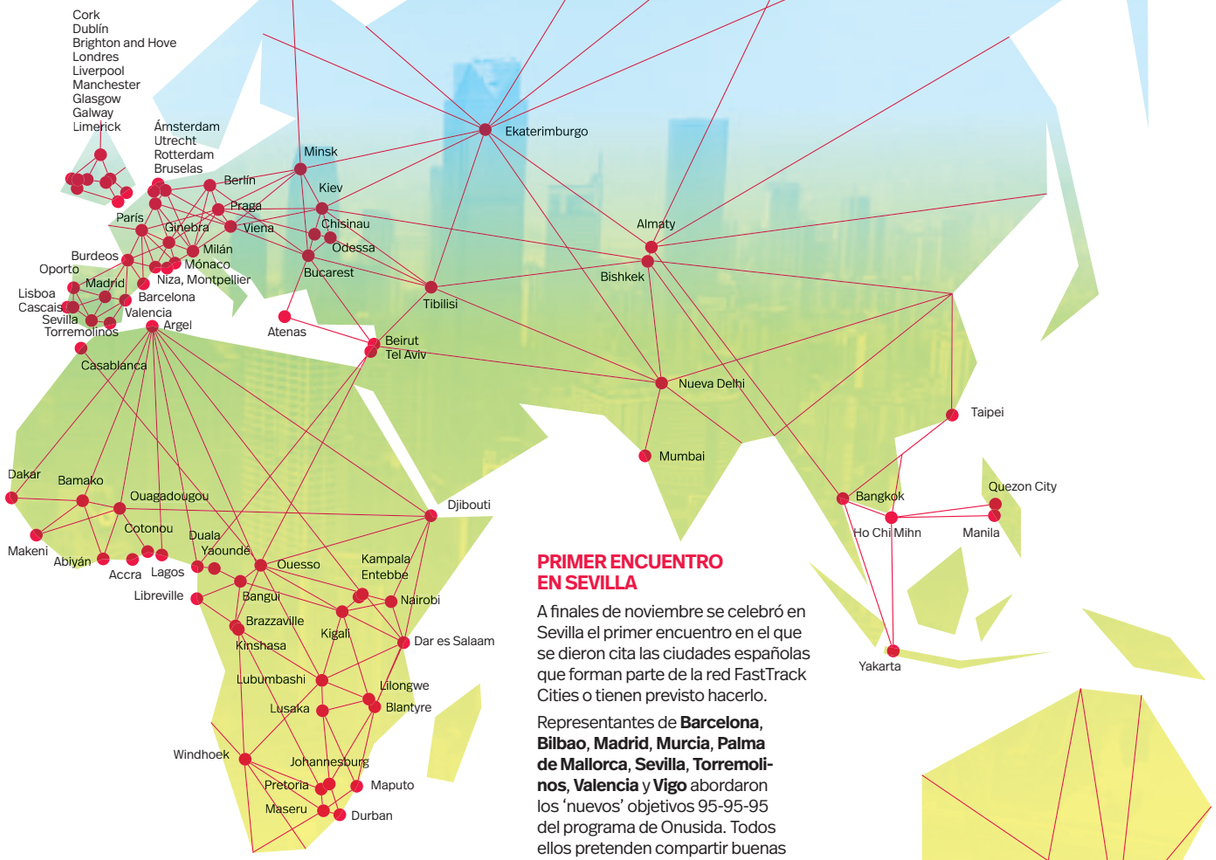
«Para lograr una respuesta eficaz para el VIH, es fundamental acabar con las desigualdades, los equilibrios de poder, la marginalización y la discriminación. Las ciudades han de utilizar sus ventajas para impulsar la innovación, lograr la transformación social y construir sociedades equitativas que sean inclusivas, receptivas, resilientes y sostenibles»

GUNILLA CARLSSON, DIRECTORA EJECUTIVA ADJUNTA DE ONUSIDA

«A pesar de nuestro gran progreso, aún queda mucho por hacer. Mucha gente sigue contrayendo el virus. Para acabar con todos los nuevos casos de VIH en Londres, el Gobierno debe poner a disposición de todos los que los necesitan los tratamientos de profilaxis preexposición. Ya no cabe ninguna hipótesis, ningún pero, no hacen falta más pruebas»

SADIQ KHAN, ALCALDE DE LONDRES





Londres ya se acerca a los objetivos de 2030.

Brighton y Manchester alcanzan los objetivos 2020.

Amsterdam supera los objetivos 2020.

PRIMER ENCUENTRO EN SEVILLA

A finales de noviembre se celebró en Sevilla el primer encuentro en el que se dieron cita las ciudades españolas que forman parte de la red FastTrack Cities o tienen previsto hacerlo.

Representantes de **Barcelona**, **Bilbao**, **Madrid**, **Murcia**, **Palma de Mallorca**, **Sevilla**, **Torremolinos**, **Valencia** y **Vigo** abordaron los 'nuevos' objetivos 95-95-95 del programa de Onusida. Todos ellos pretenden compartir buenas prácticas e impulsar la iniciativa en España, de modo que más ciudades y administraciones públicas movilicen recursos y políticas que ayuden a este gran objetivo mundial desde una perspectiva local urbana. Tras anunciar IAPAC y la Alianza Mundial contra la Hepatitis su colaboración a principios de septiembre, en Sevilla se planteó también por primera vez **la posibilidad de incorporar los esfuerzos para eliminar la hepatitis C en los planes de la red FTC**.



José Zúñiga «El objetivo de terminar con el virus en 2030 no es simplemente aspiracional, se puede lograr»

José Zúñiga, presidente y CEO de la International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC), ha sido elegido en 2019 Director Ejecutivo del Año por la Association of Association Executives. El galardón fue hecho público durante el congreso anual de la entidad, que tuvo lugar en abril en la ciudad sueca de Goteborg. El jurado reconocía así su larga trayectoria en tratar de reducir la distancia que con frecuencia se da entre los investigadores y la comunidad. "Un reto muy difícil que ha llevado a cabo con excelentes resultados. La labor de Zúñiga ha tenido un impacto positivo en la vida de miles de personas en todo el mundo", decía la resolución.

● En sólo cinco años, 300 ciudades se han sumado a la red Fast Track Cities. ¿Qué balance hace como presidente de la IAPAC, una de las entidades fundadoras e impulsoras de la red? A lo largo de mi mandato al frente de la IAPAC durante más de veinte años, he estado guiado por la voluntad de la asociación de involucrar a nuestros socios en iniciativas como este proyecto, que tiene un impacto medible en las vidas de las personas que viven y están afectadas por el VIH. La red de Fast-Track Cities ha crecido de los 26 municipios iniciales a casi 300 en todo el mundo. Esta iniciativa se ha beneficiado de nuestro compromiso con la transparencia en los datos y los marcos de responsabilidad. Una de nuestras tareas principales en la IAPAC es ayudar a los municipios a generar, monitorear y comunicar datos confiables sobre sus epidemias de VIH. Estos datos apoyan tanto a los defensores de la comunidad que buscan recursos financieros y tecnológicos adicionales como a los funcionarios de salud que identifican dónde esos recursos pueden tener el mayor impacto. El objetivo 90-90-90 no sólo hace que la iniciativa rinda cuentas al público sino que también proporciona una forma clara de demostrar el progreso y el impulso en curso.

● Según se ha puesto de manifiesto en la conferencia de septiembre, catorce de las 300 ciudades de la red han superado el primer 90, 16 el segundo y 23 el tercero. ¿Eso es poco, bastante, mucho? Puede parecer poco si se compara con el número total de ciudades. Sin embargo, comenzamos el proceso con la generación de datos y terminamos con la validación, algo que requiere un esfuerzo intenso y recursos adecuados. Espero que muchas más ciudades hayan alcanzado algunos o todos los objetivos 90-90-90 en los próximos años. Vamos a anunciar nuevas ciudades con motivo del Día Mundial del Sida 2019 y otras a lo largo de 2020, que es la fecha límite de Onusida para alcanzar estos objetivos.

● Por lo que se refiere a España, están integradas en la red Madrid, Barcelona y Valencia, que son las tres ciudades más pobladas del país. ¿Hay otras ciudades que pueden sumarse en el corto plazo? También Sevilla y Torremolinos se han unido a la red Fast-Track Cities. Nuestro objetivo es reclutar una masa crítica de ciudades en cada país para tener un impacto en las epidemias nacionales de VIH. En noviembre de 2019 hemos reunido a varias ciudades españolas en Sevilla —tanto ciudades que ya forman parte de la red como otras futuras, por ejemplo Bilbao— para analizar el impacto local y nacional que pueden tener las respuestas aceleradas al VIH en la disminución de nuevas infecciones y en el fin de las muertes relacionadas con el sida.

● ¿Por qué ninguna ciudad española ha alcanzado el triple 90? ¿Está faltando algo en nuestro país? Estamos en el proceso de completar nuestra validación de datos 90-90-90 para varias ciudades españolas. Me complace informar que Sevilla, por ejemplo, tiene un 85% de las personas con VIH que ya ha sido diagnosticado, un 98% en terapia antirretroviral y un 95% con supresión viral. Estos datos son ligeramente mejores que los datos nacionales de España (82%, 92%, 88%, respectivamente), lo que indica que a otras ciudades les resulta difícil cerrar las brechas. Entre los desafíos, destacaría los cambios demográficos y un estigma social e institucional persistente. Si bien no son exclusivos de España, estas barreras para acceder y utilizar los servicios de VIH son significativas. Nuestras ciudades Fast-Track en España están trabajando diligentemente para abordar estas barreras dentro del contexto de un sistema de salud fragmentado, incluso a través de un enfoque integrado para la prestación de servicios que involucra significativamente a las comunidades afectadas. Espero que muy pronto anunciemos que más ciudades españolas están cerca o han obtenido uno o más de los tres 90.

● ¿Por qué es importante una red así? ¿Qué beneficios pueden obtener unas ciudades de otras? La red Fast-Track Cities permite a ciudades y municipios de todo el mundo trabajar y ser solidarios para alcanzar el final de la epidemia urbana en el año 2030. Sin embargo, más allá de la solidaridad, es clave compartir las mejores prácticas y las lecciones aprendidas para que cada una de las ciudades se beneficie de las experiencias de los demás. Compartir prácticas significa ahorrar tiempo y recursos valiosos, y poder así reorientar los programas contra el VIH hacia enfoques basados en la evidencia que permitan cerrar las brechas en el continuo de atención y prevención del virus. Nuestra red ha demostrado también un progreso significativo al adoptar y perseguir objetivos dentro de un contexto con múltiples partes involucradas: asociaciones globales, nacionales y locales.

● La primera conferencia de la red ha tenido lugar este año en Londres. Londres está considerada un modelo para las demás ciudades. ¿Qué ha hecho bien Londres? ¿Qué podemos aprender de su experiencia? Los resultados de Londres hablan por sí mismos. El alto nivel de compromiso político de la ciudad, su colaboración con los líderes de salud pública y los proveedores clínicos y de servicios del VIH, y el compromiso con las comunidades afectadas le han permitido alcanzar un 95-98-97 en 2018. Queríamos arrojar luz sobre la historia del éxito de Londres para contagiar entusiasmo sobre la realidad de que podemos poner fin a las epidemias locales de VIH. Aunque queda mucho trabajo para poner fin a la epidemia incluso en Londres, el progreso de esta ciudad debería inspirar a líderes locales y agentes de todo el mundo. Es lo que llamo cálculo para el éxito: voluntad política, compromiso comunitario, liderazgo en salud pública, planificación basada en datos y programación basada en la equidad.

● Sin embargo, usted mismo ha señalado el riesgo de que incluso Londres deje atrás a algunos colectivos vulnerables. El enfoque principal ahora para Londres es garantizar que sus minorías étnicas puedan beneficiarse del acceso pleno a las pruebas de VIH, al tratamiento, a la prevención y a los servicios de apoyo culturalmente apropiados. Este desafío no es exclusivo de Londres. En la mayoría de las ciudades y municipios de todo el mundo hay poblaciones vulnerables que son invisibles y que tienen algo que decir sobre la forma en que se aborda el VIH dentro de sus comunidades. Estas poblaciones incluyen minorías étnicas y sexuales, mujeres, jóvenes, migrantes, personas sin hogar... Nos corresponde asegurarnos de que se escuche a cada voz y que las personas que viven con VIH participen activamente en la planificación, implementación y monitoreo de las respuestas al virus.

● ¿Cuáles son las principales amenazas hoy, una vez comprobamos que los tratamientos son eficaces? Uno de nuestros paneles en la conferencia Fast-Track Cities 2019 abordó directamente cuatro de los obstáculos más preocupantes para alcanzar y superar los objetivos 90-90-90. El chemsex, el estigma y el autoestigma, la migración y la criminalización de las personas que viven con VIH o están riesgo de contraerlo. Estos obstáculos amenazan con desacelerar el ritmo y hasta pueden revertir el progreso realizado.

● La sociedad cambia a toda velocidad. Surgen nuevas tendencias, nuevos comportamientos, nuevos fenómenos... ¿Cómo se ve afectada la lucha contra el VIH ante estos cambios? Quiero mantener el impulso que hemos logrado a través de Fast-Track Cities y traducir a nivel nacional el progreso realizado a nivel municipal.

El VIH tiene que dejar de ser un problema de salud pública. El objetivo de terminar con el virus en 2030 no es simplemente aspiracional, se puede lograr. Pero es cierto que estamos continuamente desafiados. Y que debemos evolucionar en relación a las nuevas actitudes, comportamientos y realidades, o para anticiparnos a nuevos enfoques y a nuevas tecnologías. Para abordar este desafío, debemos ser observadores, estratégicos y flexibles, pero también compartir lo que sabemos y cómo pretendemos integrar las novedades en las respuestas urbanas, nacionales y globales al VIH.

● **Usted mismo se ha referido al chemsex, y lo ha calificado de "desafío de proporciones inimaginables".** La combinación del uso de drogas y la actividad sexual, comúnmente conocida como chemsex, es un desafío de proporciones que no podemos comprender en este momento en Europa ni en América del Norte. Antes de poder abordarlo, primero debemos reconocerlo. Una prioridad clave de la red Fast-Track Cities es elevar el nivel de conciencia sobre la amenaza que representa y alentar el desarrollo y la implementación de estrategias efectivas de reducción de daños. Entre estas estrategias, debe figurar cómo abordamos el estigma y las condiciones de salud mental, incluida la depresión, que contribuyen a que algunas personas participen en el chemsex.

● **En la conferencia se insistió en el problema de la desigualdad como clave de futuro. ¿Por aquí vienen nuestros retos principales?** Es triste que después de casi cuarenta años de epidemia las personas que viven con VIH aún se enfrentan a tanto estigma y a tanta discriminación. La alfabetización sobre el VIH debe ser indispensable dentro del sector de la salud. El público tiene derecho a conocer los hechos y los datos básicos sobre el VIH en el siglo XXI. Por ejemplo, no debería ser ya una sorpresa saber que puedes salir con una persona que tiene VIH y no estar en riesgo porque el tratamiento que suprime con éxito el virus también reduce la transmisión de un VIH positivo a un VIH negativo. Igualmente, importante es abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, incluidos los relacionados con el VIH, si queremos obtener cero nuevas infecciones, cero muertes relacionadas con el sida y cero estigma. Por eso, la participación activa de las comunidades afectadas por el VIH es un componente crítico de nuestro trabajo de Fast-Track Cities. Es necesario garantizar que nadie, cualquiera que sea su situación social o económica se quede atrás.

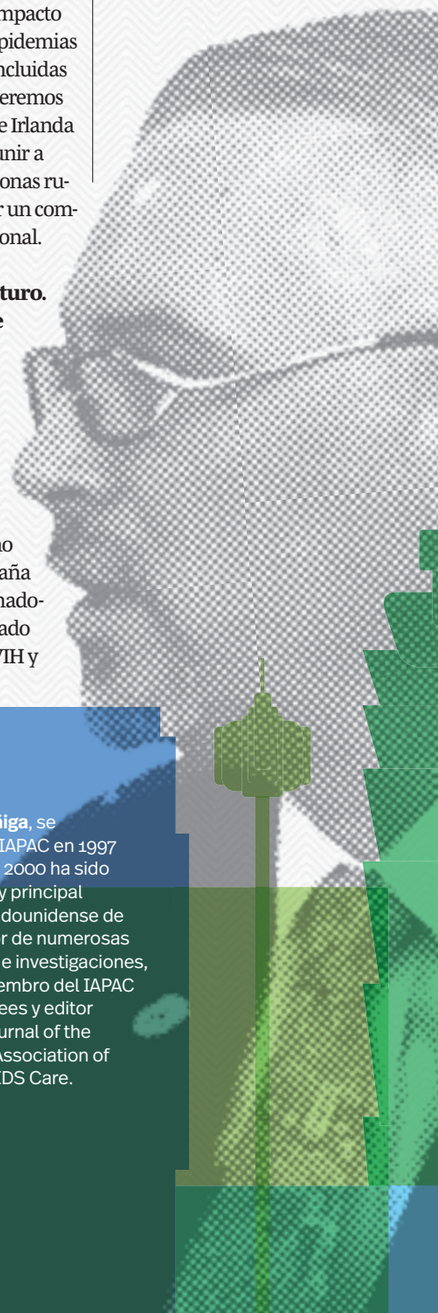
También se insistió mucho en el papel decisivo del big data aplicado al VIH. Nuestra asistencia técnica incluye actividades de recolección y monitoreo de datos. Es parte de nuestro compromiso. Estamos viendo grandes mejoras tanto en la calidad como en la cantidad de datos disponibles. Antes de la creación de la red en 2014, la mayoría de ciudades no tenía una metodología estandarizada para recopilar datos sobre el VIH. Los objetivos 90-90-90, consagrados en la Declaración de París de Fast-Track Cities, se convirtieron en métricas clave sobre las pruebas de VIH, el inicio del tratamiento y la supresión viral que nos han permitido rastrear las mejoras o, en algunos casos, la falta de ellas. La generación, el análisis y el monitoreo de datos están contribuyendo a mejores resultados al identificar el mejor uso de recursos limitados para implementar intervenciones de buenas prácticas probadas en toda la red. En lugar de cubrir una ciudad entera con esta o aquella intervención, por ejemplo, hemos descubierto que el alcance geográfico entre las poblaciones clave, con intervenciones específicas para las necesidades identificadas por los datos, puede tener un impacto general mucho mayor. París es un ejemplo de ello. Allí, las necesidades identificadas por los datos precipitaron una nueva estrategia para ampliar las pruebas de VIH y el acceso a la profilaxis preexposición en barrios específicos con altas tasas de inmigrantes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero.

● **¿Disponen todas las ciudades de estas herramientas? ¿No se da aquí también una peligrosa desigualdad?** En algunas ciudades hay datos que permanecen ocultos. Incluso en ciudades como Nueva York y Londres, los datos no reflejan la imagen más fiel de sus epidemias porque los migrantes no se contabilizan, permanecen desvinculados de los sistemas de salud y carecen de información básica sobre el virus. Asegurar que todas las comunidades de la red Fast-Track Cities tengan acceso a las bases de datos es una de nuestras principales prioridades para facilitar una acción contra el VIH basada en información contrastada y equidad.

● **Parece ya indiscutible que la profilaxis preexposición (PrEP) ha llegado para quedarse. Sin embargo, en muchos países, incluso avanzados, no hay regulación al respecto. ¿Es urgente avanzar? ¿Basta con la PrEP o hacen falta también otras cosas?** Casi todo el mundo reconoce la importancia no sólo de tratar los diagnósticos existentes sino también de prevenir otros nuevos. Aquí es donde entra la PrEP. Sin embargo, a pesar de que la PrEP es esencial para prevenir nuevas infecciones por VIH y trabajar para poner fin a la epidemia, todavía está fuera del alcance de muchos. Además de las disparidades geográficas, hay diferencias demográficas. En 2018 se modificó la Declaración de París de Fast-Track Cities para centrar nuestros esfuerzos más allá del tratamiento 90-90-90 e incluir el acceso a la PrEP. Éste es un trabajo que estamos desarrollando activamente a través de asociaciones con las comunidades afectadas, y poder generar así demanda, acceso y utilización de PrEP.

● **El 50% de la población mundial vive en ciudades. ¿No corremos el riesgo de olvidarnos del otro 50%? En muchos países el mundo rural comienza a ser un problema por muchos motivos...** Aunque estamos enfocados en las ciudades, nuestro trabajo involucra múltiples niveles de jurisdicción a nivel provincia, región o país. Creemos que una masa crítica de ciudades puede alcanzar y superar los objetivos 90-90-90, combatir el estigma y tener un impacto significativo en las epidemias nacionales de VIH, incluidas las zonas rurales. Queremos replicar el modelo de Irlanda en otros países al reunir a varias ciudades y a zonas rurales para demostrar un compromiso a nivel nacional.

● **Hablemos de futuro. Recientemente, se definía como un cauto optimista. Aún así, confía en ver erradicada la epidemia. ¿Qué hace falta para eso?** Sobre la base del tratamiento como prevención, la campaña I=I ha sido transformadora. Ha desestigmatizado los diagnósticos de VIH y restaurado la humanidad a las personas que a menudo se habían visto como simples vectores de transmisión de enfermedades.



«La combinación del uso de drogas y la actividad sexual, comúnmente conocida como chemsex, es un desafío de proporciones que no podemos comprender completamente en este momento»

«Es necesario garantizar que nadie, cualquier que sea su situación social o económica se quede atrás»

«La campaña I=I, indetectable es igual a intransmisible, es una herramienta tan poderosa en nuestro arsenal como los mismos medicamentos antirretrovirales»

«Mi optimismo sólo se ve atenuado por el miedo a que falte voluntad política, por la falta de recursos financieros y por la complacencia individual y colectiva"

El Dr. José Zúñiga, se incorporó a la IAPAC en 1997 y desde el año 2000 ha sido su presidente y principal ejecutivo. Estadounidense de 50 años y autor de numerosas publicaciones e investigaciones, es además miembro del IAPAC Board of Trustees y editor emérito del Journal of the International Association of Providers of AIDS Care.

La Fundación Elton John y Gilead anuncian un acuerdo a cinco años dotado con 25 millones de dólares para hacer frente a la epidemia en Europa del Este y Asia Central, la zona que peores índices y pronósticos arroja del mundo según la ONU.

EEAC ♥ Radian

«Este programa va a permitir ofrecer ayuda y fondos para revertir la situación y poder llegar así a una de las poblaciones más vulnerables del mundo. Juntos, podemos generar el cambio, salvar vidas y asegurar que nadie va a ser abandonado en la lucha por acabar con la epidemia»

SIR ELTON JOHN
ELTON JOHN AIDS FOUNDATION



«Hay que evolucionar hacia un modelo asistencial proactivo y planificado, con implicación de atención primaria y de otros especialistas, como con otras enfermedades crónicas»

DANIEL O'DAY
CHAIRMAN Y CEO DE GILEAD

Mientras los datos a nivel mundial dan lugar al optimismo, el VIH parece fuera de control en Europa del Este y Asia Central, la región que la ONU denomina EECA por sus siglas en inglés. Es esa región la única en la que el virus crece, ¡y de qué manera! Como muestra, este botón: la mortalidad relacionada con enfermedades asociadas al sida se ha disparado un 300% en los últimos veinte años en esos países.

Los datos son escalofriantes. "Cada día, más de 400 personas se infectan con el virus en la región y cien mueren por sida", advierte el cantante **Elton John**, fundador de la Elton John AIDS Foundation. Pero hay más. Una de cada cuatro personas que vive con VIH no lo sabe. De un total de 1,7 millones de personas infectadas, el 62% no está todavía bajo tratamiento. Más de nueve de cada diez nuevos infectados pertenecen a grupos que sufren discriminación o estigma. "Unas legislaciones muy conservadoras y el estigma hacia las comunidades más marginadas están obstaculizando la respuesta al VIH en toda la zona", apostilla **Alex Kalomparis**, vicepresidente de Public Affairs de Gilead Sciences.

Se estima que harían falta mil millones de dólares para dar una respuesta proporcional al problema. Ni por financiación ni por innovación, la respuesta hoy es apropiada.

Por todo ello, la Fundación Elton John y Gilead Sciences han decidido sumar esfuerzos para atajar el problema. Ese acuerdo se ha sustanciado en el programa Radian, dotado con 25 millones de dólares para los próximos cinco años, que fue presentado el pasado mes de septiembre en Londres en el marco de la conferencia Fast Track Cities 2019.

En realidad, la colaboración entre ambos socios viene de antes. Desde hace dos años, alimentan y administran un fondo para poblaciones clave en Europa del Este y Asia Central (EECAKP). "Ese trabajo puso de manifiesto en seguida la necesidad de extender drásticamente nuestros esfuerzos en la región. Estoy encantado de anunciar ahora este nuevo acuerdo que va a permitir ofrecer ayuda y fondos para revertir la situación y poder llegar así a una de las poblaciones más vulnerables del mundo. Juntos, podemos generar el cambio, salvar vidas y asegurar que nadie va a ser abandonado en la lucha por acabar con la epidemia", explicó Elton John en el acto de presentación.

Así pues, la situación en Europa del Este y Asia Central se ha convertido en prioridad para la ONU en su batalla por eliminar la enfermedad. "Gilead y la Fundación Elton John comparten la visión de acabar con el VIH. A través de Radian, queremos llegar a poblaciones marginales de la región y trabajar con organizaciones locales para hacer frente a los desafíos que hasta la fecha asumen en solitario. Esta alianza nos va a permitir destinar fondos y apoyo para dar una respuesta al virus que históricamente ha faltado en esa parte del mundo", expuso en el acto **Daniel O'Day**, Chairman y Chief Executive Office de Gilead. "En los países de Europa del Este y Asia Central viven 1,7 millones de personas con VIH que necesitan acceso a una atención apropiada. Esta necesidad debe ser urgentemente cubierta mediante la educación, el empoderamiento de las comunidades y nuevas alianzas como ésta que ahora presentamos", añadió O'Day.

La iniciativa Radian se apoya en dos palancas. Por un lado, está el programa

Sigue en pág. 36 | →



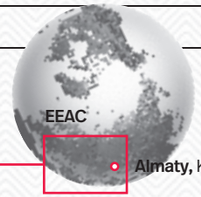
ALMATY, PRIMERA CIUDAD MODELO

● **Almaty** está llena de manzanas, o al menos eso quiere decir su nombre en kazajo. La manzana es el producto de Almaty por antonomasia: a su alrededor crecen campos con una gran diversidad genética de manzanas silvestres. Es muy probable que el origen ancestral de esta fruta sea la región donde se extiende la ciudad más poblada de **Kazajistán**, antigua capital del país y hoy, con sus **dos millones de habitantes, todavía su centro financiero y cultural**.

● En Almaty, en las faldas de la cordillera de Trans-Ilí Alatáu, entre los ríos Bólshaya Almatinka y Málaya Almatinka, expuesta a temperaturas extremas, se levanta el segundo edificio de madera más alto del mundo: la catedral Zenkov. Por Almaty pasaba la antigua ruta de la seda, caravanas cargadas de ricos enseres entre Europa y el fabuloso Oriente.

● La carga de Almaty hoy, sin embargo, tiene poco de suculenta: **7.400 personas viven allí con VIH**. La tasa de prevalencia (0,37) es desproporcionada, casi el doble de la media nacional. **El 27% de las 26.000 personas infectadas en Kazajistán vive en Almaty**. Sólo el 31% de los seropositivos kazajos tiene acceso a terapias antirretrovirales. El objetivo 90-90-90 de la ONU está lejos de conseguirse en este país asiático: por el momento, debe contentarse con un escuálido 88-66-65. Es decir, un 88% de los infectados sabe que lo está; de ese 88% sólo un 66% tiene acceso a tratamiento; y de ese 66% sólo un 65% ha alcanzado la supresión viral. O, dicho de otra manera, **sólo el 58% del total de infectados recibe tratamiento y sólo el 38% tiene una carga viral indetectable**. Desde 2010, las nuevas infecciones han aumentado un 39% y las muertes relacionadas con el sida un 32%.

● Almaty está en Kazajistán, y Kazajistán está en la región de Europa del Este y Asia Central, según la clasificación de la ONU. Esta última registra **los indicadores más preocupantes a nivel mundial por lo que se refiere al VIH** (ver doble página siguiente). Por todo ello, Almaty ha sido elegida como la primera Ciudad Modelo en la que se pondrá en marcha el programa **Radian**, que presentaron en septiembre de 2019 la Fundación Elton John y Gilead. Con Radian, se pretende apoyar a Almaty para revertir su estadística combatiendo el estigma, reforzando su infraestructura sanitaria y sus modelos de atención, e incrementando el acceso a la innovación.



Almaty, Kazajistán

EEAC, La región Europa del Este y Asia Central abarca los siguientes países: Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bosnia-Herzegovina, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Macedonia, Montenegro, Moldavia, Rusia, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán.

RADIAN ha elegido como primera Ciudad Modelo a Almaty, antigua capital de Kazajistán.

1,7

Millones de personas viven con el VIH. Una de cada cuatro no lo sabe. 400 personas se infectan cada día.

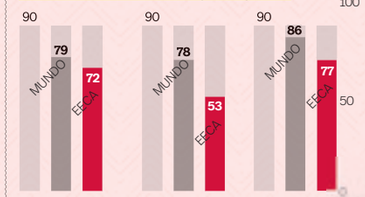
62

de cada 100 personas infectadas de VIH no están todavía bajo tratamiento en la región EECA.

La 'zona cero' del VIH

En la región de Europa del Este y Asia Central viven con VIH 1,7 millones de personas. A nivel mundial, suman 37,9 millones.

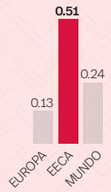
OBJETIVOS 90/90/90



VIH / Status diagnosticado | En tratamiento | Supresión viral

INCIDENCIA

0,51



La incidencia del VIH por mil habitantes entre 15 y 49 años pasó del 0,88 (2016) al 0,93 (2018).

NUEVAS INFECCIONES

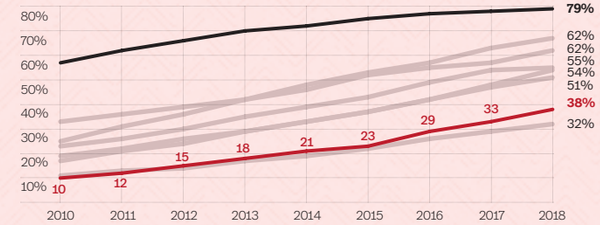
29%



La tendencia en nuevas infecciones se ha disparado un 29% en la región desde 2010.

COBERTURA ART

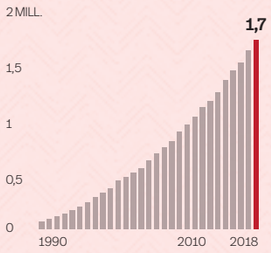
El número de personas que reciben cobertura antirretroviral en la región EECA ha pasado del 10 (2010) al 38% (2018)



79% EUROPA / NOR. AMERICA
62% AFRICA SUR / SUROESTE
62% LATAM
55% CARIBE
54% ASIA / PACÍFICO
51% AFRICA CENTR./OESTE
38% EECA
32% ORIENTE MEDIO / N. AFRICA

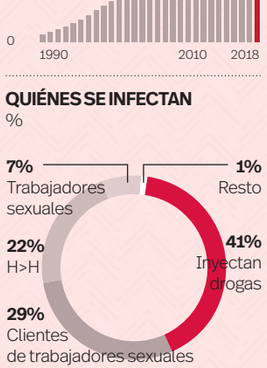
PERSONAS CON VIH

Evolución 2000-2018, en millones



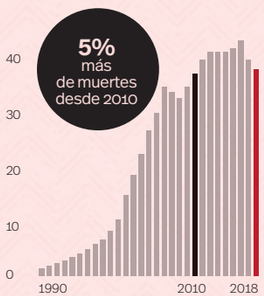
QUIÉNES SE INFECTAN

%

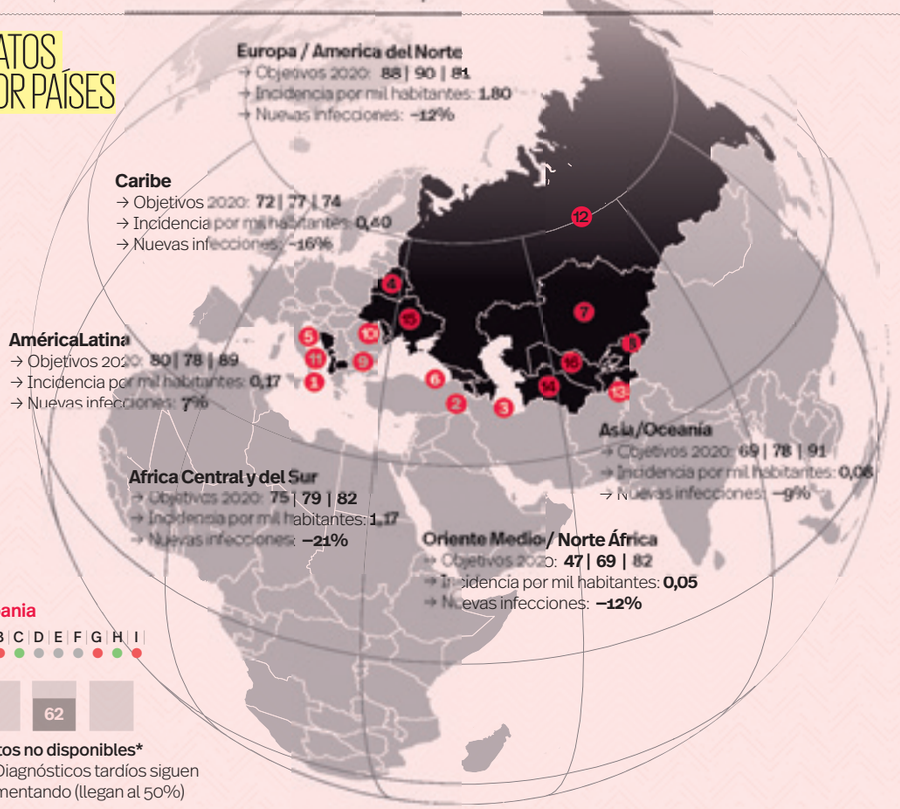


MUERTES A CAUSA DEL SIDA

Evolución 2000-2018, en millares



DATOS POR PAÍSES



1 Albania

A B C D E F G H I

62

Datos no disponibles*
→ Diagnósticos tardíos siguen aumentando (llegan al 50%)

2 Armenia

A B C D E F G H I

73 72 83

→ Incidencia /mil hab.: **0,06**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **-22%**
→ Diagnósticos tardíos: **39-54%**

3 Azerbaiyán

A B C D E F G H I

71 75

Datos no disponibles*
→ Diagnósticos tardíos siguen aumentando: **23-38%**

4 Bielorrusia

A B C D E F G H I

79 74 69

→ Incidencia /mil hab.: **0,22**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **5%**
→ Diagnósticos tardíos: **11-13%**

5 Bosnia-Herzegovina

A B C D E F G H I

→ Incidencia /mil hab.: **–**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **56%**
→ Diagnósticos tardíos: **37%** (2016)

6 Georgia

A B C D E F G H I

59 84 85

→ Incidencia /mil hab.: **0,22**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **-9%**
→ Diagnósticos tardíos: **33-55%**

7 Kazajistán

A B C D E F G H I

88 66 75

→ Incidencia /mil hab.: **0,14**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **35%**
→ Diagnósticos tardíos: **20-45%**

8 Kirguistán

A B C D E F G H I

68 64 68

→ Incidencia /mil hab.: **0,09**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **-49%**
→ Diagnósticos tardíos: **35-62%**

9 Macedonia

A B C D E F G H I

59 91 86

→ Incidencia /mil hab.: **–**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **88%**
→ Diagnósticos tardíos: **33-55%**

10 Moldavia

A B C D E F G H I

54 63 77

→ Incidencia /mil hab.: **0,25**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **-39%**
→ Diagnósticos tardíos: **29-50%**

11 Montenegro

A B C D E F G H I

55 73 93

→ Incidencia /mil hab.: **0,08**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **129%**
→ Diagnósticos tardíos: **58-70%**

12 Rusia

A B C D E F G H I

Datos no disponibles*
→ Diagnósticos tardíos siguen aumentando: llegan al **29%**

13 Tayikistán

A B C D E F G H I

58 80 67

→ Incidencia /mil hab.: **0,09**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **-30%**
→ Diagnósticos tardíos: **36-61%**

14 Turkmenistán

A B C D E F G H I

Datos no disponibles*

15 Ucrania

A B C D E F G H I

71 73 93

→ Incidencia /mil hab.: **0,28**
→ Nuevas infecc. (2010-18): **-11%**
→ Diagnósticos tardíos: **37-58%**

16 Uzbekistán

A B C D E F G H I

Datos no disponibles*

Políticas y leyes que estigmatizan a personas con VIH y colectivos vulnerables

La leyenda utiliza el abecedario y un código de colores asociado al estado de las políticas en cada país.

A CRIMINALIZACIÓN/PERSECUCIÓN PERSONAS TRANSGÉNERO
- No se persigue ni castiga
- Se persigue y/o castiga

B CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL
- Problema se determina/difiere a nivel subnacional
- Trabajo sexual no sujeto a regulaciones punitivas
- Otra regulación punitiva del trabajo sexual/ Criminalización parcial/Adquisición/Prestación de servicios sexuales criminalizada

C CRIMINALIZACIÓN DE LOS PROPIOS ACTOS SEXUALES
- No hay legislación específica
- La ley ya no penaliza los actos sexuales, o nunca lo hizo
- No hay penalización específica/Sí, hasta 14 años de prisión /Sí, desde 14 años hasta cadena perpetua
- Sí, pena de muerte

D EL USO O POSESIÓN DE DROGAS PARA USO PERSONAL ES DELITO
- Posesión de drogas para uso personal es delito no penal
- Posesión de drogas para uso personal se especifica como un delito penal / Uso o consumo de drogas es un delito específico en la ley
- Detención obligatoria por delitos de drogas

E LEYES QUE REQUIEREN EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA QUE ADOLESCENTES ACCEDAN A LAS PRUEBAS DE VIH
- No
- Sí, para menores de 14 años
- Sí, para menores de 16 años
- Sí, para menores de 18 años

F LEYES QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE PARA QUE MUJERES CASADAS TENGAN ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL
- No
- Sí

G LEYES QUE PENALIZAN LA TRANSMISIÓN, NO DIVULGACIÓN O EXPOSICIÓN A LA TRANSMISIÓN DEL VIH
- No
- No, pero existen procesamientos basados en leyes penales generales.
- Sí

H LEYES QUE RESTRINGEN LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH
- No
- Sí

I LA LEY QUE ESPECIFICA QUE LA PRUEBA DEL VIH ES OBLIGATORIA ANTES DEL MATRIMONIO, PARA OBTENER PERMISOS DE TRABAJO O RESIDENCIA, O PARA CIERTOS GRUPOS
- No
- Sí

'Model Cities' (o 'Ciudades Modelo'); por otro, el fondo denominado 'Unmet Need' ('Necesidad no cubierta'). Gracias a este esquema dual, Radian destinará recursos a organizaciones locales para que desarrollen intervenciones inmediatas a escala y sobre el terreno con fondos específicos para ellas. Y a la vez empoderará y apoyará otras iniciativas en otras áreas de la región que no se encuadren estrictamente en el programa. Enfoques innovadores, nuevos modelos de prevención y atención... En octubre se abrió la ventana para solicitar ayudas al programa. Las mejores prácticas de implementación local del programa Radian en los próximos cinco años se emplearán como referencia para la lucha contra el VIH en la zona.

Tal y como anunciaron Elton John y Daniel O'Day en Londres, Almaty, la antigua capital de Kazajistán, será la primera Ciudad Modelo del programa. Durante 2020 se anunciarán otras ciudades. "Estamos muy contentos de que Kazajistán forme parte de la iniciativa Radian. Nuestro desafío es conseguir que aquellos que viven con VIH o están en riesgo de infectarse aquí se sometan al test de diagnóstico y accedan en su caso al tratamiento, de manera que puedan vivir unas vidas saludables", concluyó **Bauyrzhan Baiserkin**, director del Centro Científico Kazajo de Dermatología y Enfermedades Infecciosas.



ELTON JOHN en Kiev con un niño ucraniano que recibió ayuda de uno de los proyectos de su fundación cuando era un bebé, 15 años antes. © EJAF. ↑

25

El programa RADIAN está dotado con 25 millones de dólares para los próximos 5 años

PRESENTACIÓN
Rueda de prensa de presentación del proyecto RADIAN. La iniciativa se presentó durante la conferencia Fast Track Cities de Londres. ↙



Q&A

Alex Kalomparis: «Prevemos resultados en dos o tres años»

Alex Kalomparis
es Vicepresidente de Public Affairs de Gilead Sciences



❶ ¿Por qué el VIH es tan prevalente en esta parte del mundo?
Alex Kalomparis. —El estigma es un factor principal. Nueve de cada diez nuevas infecciones en la región se dan entre poblaciones vulnerables. El estigma significa que las comunidades que viven con VIH o que están en riesgo de contraerlo no reciben el apoyo que necesitan.

❷ ¿Cómo puede ser útil el programa Radian?
Alex Kalomparis. —Radian apoyará intervenciones específicas e impulsará un impacto a través de dos vías: el programa Ciudades Modelo y el Fondo de Necesidades No Cubiertas. Esta estrategia combina un enfoque específico de trabajo en las ciudades principales de la región EEAC con el apoyo a iniciativas locales.

❸ ¿Por qué el nombre Radian?
Alex Kalomparis. —Un radián es la unidad de medición angular en un círculo. Si pensamos en la ambición global de eliminar el VIH/Sida como un círculo, entonces el Radian representa el esfuerzo de Gilead y la Fundación Elton John para contribuir a parar el virus.

❹ ¿Cuándo se prevé que se verán los resultados?
Alex Kalomparis. —Se están desarrollando parámetros que se definirán junto a organizaciones gubernamentales y ONGs. Se van a medir las nuevas infecciones, las personas diagnosticadas que están en tratamiento, las poblaciones clave que tienen acceso a los servicios de asistencia sanitaria, la reducción del estigma, la cooperación entre las ONG y los servicios gubernamentales... Prevemos resultados en dos o tres años.

❺ ¿Qué factores son más importantes para que sea posible el cambio?
Alex Kalomparis. —La implantación del fondo de poblaciones clave en la región EEAC permitió a Gilead y a la Fundación Elton John hace tres años tener un mejor conocimiento del problema. Ahora, contar con el compromiso de las autoridades sanitarias y de la comunidad es esencial.

❻ ¿Cuáles son los principales desafíos en Almaty?
Alex Kalomparis. —Almaty dio un paso decisivo al abordar su epidemia local de VIH y reconocer la magnitud del problema y la necesidad de tomar medidas. En julio de 2017, fue la primera ciudad de Asia Central en firmar la Declaración de París, convirtiéndose en ciudad Fast Track. Hemos elegido Almaty como primera Ciudad Modelo debido a la alta prevalencia del virus allí y a su compromiso en la lucha contra el VIH. Pero es fundamental asegurar que las partes locales se impliquen en el programa. Hemos lanzado una convocatoria para la presentación de solicitudes con el fin de apoyar los programas centrados en la infraestructura ya existente.

❼ Además del aporte de Gilead, ¿qué otros recursos hay?
Alex Kalomparis. —Los agentes locales y regionales son los que implantarán las intervenciones apoyadas por Radian en sus áreas. Naturalmente, damos la bienvenida a otros futuros socios e inversores interesados.

❽ ¿A partir de 2020, ¿cómo será el proceso de selección de ciudades?
Alex Kalomparis. —El Fondo de Necesidades No Cubiertas está actualmente abierto para que se presenten solicitudes. Hay 25 países de la región candidatos. Para la selección de ciudades, seguimos un proceso basado en la evidencia que incluye la consulta con organizaciones gubernamentales, ONG locales y globales, donantes internacionales y otros centros para entender la epidemiología local, las necesidades de financiación, la infraestructura y el entorno.

❾ ¿Por qué se ha elegido la Fundación de Elton John como socio?
Alex Kalomparis. —Gilead entiende y reconoce que la ciencia sola no puede solucionar los desafíos que presenta la asistencia sanitaria y que necesitamos un enfoque holístico si queremos tener un impacto real. La Fundación Elton John ha estado trabajando en la región durante veinte años y ha financiado más de cien proyectos allí.

Las Becas Gilead a Proyectos de Diagnóstico y Derivación del Paciente con VIH nacieron en 2018 con el objetivo de contribuir en nuestro país a la consecución de los objetivos de Onusida. Cinco fundaciones resultaron ganadoras de la primera convocatoria, que ha repartido a partes iguales los 150.000 euros con que estaba dotada. Presentamos aquí los equipos, los objetivos y las primeras conclusiones de los seleccionados.

Cinco proyectos para mejorar el diagnóstico y la derivación



La directora general de Gilead en España, **María Río**, con los representantes de los cinco proyectos ganadores de las becas.

Investigador principal	Acción inmediata, ¿sí o no?	Proyecto / Entidad / Área de influencia / Personal	Objetivos y motivos del proyecto	Lo específico del proyecto	Conclusiones
01  **Esperanza Cañas** HOSPITAL VALL D'HEBRON, BARCELONA	*"Sí. La acción inmediata supone un beneficio para los pacientes porque en seguida están bajo control y un beneficio para la sociedad porque se disminuye la transmisión de la infección"*	● **Proyecto:** 'Proyecto integral para aumentar el diagnóstico de la infección oculta de VIH y establecer un circuito rápido de derivación'. ● **Entidad:** Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ● **500.000 pacientes** Hospital Vall d'Hebrón y **17 centros** de Atención Primaria Área Barcelona Norte. ● **12** personas entre hospital, Atención Primaria y el Instituto Catalán de Salud.	● Crear conexiones hospital / asistencia primaria en una ciudad grande para mejorar los flujos de pacientes. ● Mejorar el conocimiento del VIH de los profesionales sanitarios de atención primaria. ● Disminuir infección oculta incrementando el nº de cribados a personas con riesgo de infección. ● Conseguir atención especializada precoz mediante circuitos rápidos de derivación al hospital.	● Forma profesionales y desarrolla modelos de atención compartida entre atención primaria y hospitalaria. ● Fomenta el diagnóstico y el tratamiento precoces, y evita el diagnóstico tardío y complicaciones asociadas. ● Incluye la atención psicológica desde el diagnóstico mejora la integración de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, y promueve estrategias de prevención.	→ Aumentan el interés de los profesionales de Primaria y las serologías. Disminuye el tiempo de derivación. Aumenta la satisfacción de los pacientes al disponer de información actualizada y atención psicológica especializada.
02  **Cristina Gómez Ayerbe** FIMABIS, MÁLAGA	*"Sí. La mejora del diagnóstico precoz, la disminución de la infección oculta y el inicio precoz del TAR son estrategias que están bien establecidas para la disminución progresiva de nuevos diagnósticos"*	● **Proyecto:** 'Estudio de contactos de pacientes con infección por el VIH para mejorar el diagnóstico de la infección oculta y de otras infecciones de transmisión sexual'. ● **Entidad:** Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Biomedicina y Salud. ● Zona occidental de Málaga capital y Costa del Sol, desde Torremolinos hasta Fuengirola. Y pueblos situados en la zona occidental de Málaga.	● Disminuir la bolsa de infección oculta por VIH ● Torremolinos está considerada una de las ciudades más tolerantes para el colectivo LGTBI ('gayfriendly'). Esto hace que la Costa del Sol sea un área caliente en la incidencia de los nuevos casos de infección. Es una estrategia más para mejorar el diagnóstico precoz y, por tanto, disminuir el diagnóstico tardío, que sigue siendo elevado en España.	● Pone énfasis, empeño y recursos en el estudio de contactos.	→ El principal hallazgo es la dificultad que entraña el estudio: la identificación de contactos localizables por parte de los nuevos diagnósticos.
03  **Jorge del Romero** DIRECTOR DEL CENTRO SANITARIO SANDOVAL, HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID	*"Sí. Permite disponer de la analítica completa en menos de una semana, contactar telefónicamente con las unidades de VIH para citar a los pacientes lo más rápido posible, y derivarles inmediatamente"*	● **Proyecto:** 'Diagnóstico precoz de la infección por VIH y derivación inmediata al SNS para iniciar tratamiento'. ● **Entidad:** Fundación para la Investigación Biomédica Hospital Clínico San Carlos. ● Centro monográfico de ITS deMadrid. 30.000 visitas/año. Se dirige a población con nuevo diagnóstico VIH: HSH, LGTBI, mujeres que ejercen la prostitución... ● **5** investigadores.	● Diagnóstico precoz y derivación hospitalaria inmediata para iniciar el TAR a pacientes diagnosticados en el Centro Sandoval en 2019. ● Incrementar la tasa de diagnóstico precoz mediante la implementación de nuevas herramientas de captación de personas con riesgo. ● Realizar el despistaje y tratamiento de ITS/VHC concomitantes al diagnóstico del VIH. ● Facilitar acceso al SNS a quienes no disponen de tarjeta sanitaria.	● Trata de disminuir las tasas de transmisión del VIH y mejorar la salud, individual y comunitaria. ● Ante la alta incidencia de ITS concomitantes al diagnóstico del VIH, se realiza un cribado de ITS tanto en el diagnóstico como en el seguimiento. ● La agilidad para iniciar el TAR y la atención integral teniendo en cuenta otras ITS. ● Es el centro que más diagnósticos de VIH efectúa en España. ● Se atiende no sólo a PVIH.	→ Ha aumentado notablemente la satisfacción de los pacientes recién diagnosticados al disminuir el tiempo para recibir el tratamiento antirretroviral dentro del Sistema Nacional de Salud.
04  **María Jesús Pérez Elías** HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, MADRID	*"Sí. Reduce significativamente el tiempo de viremia activa. Está mejorando los resultados en salud, la vinculación a los cuidados, la supresión virológica a medio plazo y la supervivencia"*	● **Proyecto:** 'Comparación de dos estrategias sostenibles para intensificar el cribado de la infección por VIH/VHC y acortar la vinculación a los cuidados'. ● **Entidad:** Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. ● Área Terapéutica del Hospital Ramón y Cajal. Proyecto enmarcado en los estudios DRIVE. 555.665 personas. ● Más de **100** personas.	● Diagnosticar toda la infección oculta de VIH/VHC en nuestra área sanitaria y tratar en el menor tiempo posible a todos los individuos ellos. ● Nos planteamos la erradicación epidemiológica para el VIH y ,en el caso del VHC, la microeliminación. ● En VIH, la infección oculta no tratada y no vinculada es la principal fuente de nuevas infecciones. ● El VHC ha sido la primera causa de mortalidad en España por razones infecciosas.	● Hemos trabajado contestando preguntas clave en el ámbito del diagnóstico precoz. En el DRIVE 04 vamos a actuar sobre todos los centros de salud del área. ● Hemos creado el protocolo de intervención DRIVE, que consiste en entrenar a la enfermería para realizar un cuestionario de riesgo de infección por VIH/VHC y pruebas rápidas a los que tienen riesgo detectado por el cuestionario. A los positivos se les deriva de forma inmediata.	→ Aumenta el número de pruebas realizadas, la cobertura de cribado y el número de nuevos diagnósticos. El DRIVE 04 pretende demostrar que además es posible hacerlo con recursos propios de los centros y con pruebas rápidas.
05  **Beatriz Álvarez** FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, MADRID	*"Sí. ¿Por qué esperar? Cuanto más precoz sea el inicio del tratamiento, mayor beneficio tanto en términos individuales para el paciente como colectivos en términos de salud pública"*	● **Proyecto:** 'Trayectoria Fast VIH'. ● **Entidad:** Fundación Jiménez Díaz, Quironsalud. ● Aplicación en los cuatro hospitales que conforman las Red de Hospitales Públicos de Quironsalud, que ofrece cobertura sanitaria a un millón de habitantes en la Comunidad de Madrid. 3.400 personas en tratamiento actualmente. 20 a 25 nuevoas atenciones cada mes.	● Facilitar y acelerar el acceso a la trayectoria asistencial en el momento en que una persona es diagnosticada y derivada desde Atención Primaria con el fin de conseguir una atención especializada rápida, eficiente y con la máxima información disponible. ● Tener un impacto tanto a nivel global como a nivel individual.A nivel global, queremos incidir especialmente sobre los dos últimos 90. Creemos y fomentamos el tratamiento inmediato.	● Uso de la innovación tecnológica y organizativa. ● Apoyo en los sistemas de información para ahorrar tiempo y consultas innecesarias; establecer una vía de comunicación rápida con el paciente; implicarle de forma activa en su salud; mejorar el contacto con el médico de atención primaria para que se sienta integrado; y desarrollar herramientas tecnológicas que minimicen rutinas y den tiempo para dedicárselo a las personas y humanizar la atención.	→ El proyecto depende del desarrollo, implementación y perfeccionamiento de herramientas informáticas. En eso estamos trabajando. Esta primera fase es importante para garantizar la sostenibilidad del proyecto.

La eficacia de los tratamientos antirretrovirales y la supervivencia de los pacientes invita a ser ambiciosos. Todavía se está lejos, coinciden los especialistas, que llaman a un radical cambio del modelo de atención sanitaria.

¿Es realista el cuarto 90?



ILUSTRACIÓN: ©SR. GARCÍA

España no ha alcanzado aún el objetivo 90-90-90 que marcan la Estrategia Global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Onusida, pero la evolución de la epidemia en la era de los antirretrovirales ha sido tal que todos, comunidad médico-sanitaria y pacientes, esperan más: sobre todo, calidad de vida, tanto objetiva como percibida. Este es el núcleo del denominado cuarto 90, tan importante como los otros tres, y desde hace un tiempo asumido ya como desafío de imprescindible atención y cumplimiento. Sin embargo, aún estamos muy lejos…

El **Dr. Jesús Troya**, del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid, pone el dedo en la llaga: "La calidad de vida relacionada con la salud de las personas con infección por VIH depende de diversos determinantes que incluyen factores socio-demográficos, de la propia infección por VIH, clínicos, conductuales y psicológicos. La disponibilidad de antirretrovirales eficaces, seguros, cómodos y sencillos han permitido el control de los determinantes relacionados con la infección y, en muchos casos, los psicológicos derivados de la adquisición de la infección. Sin embargo, este objetivo primordial relega a veces a un segundo plano aspectos clínicos, psicológicos, emocionales o sociales que acaban mermando la salud y la calidad de vida de los pacientes".

En este contexto se desarrolló en Alicante, del 3 al 5 de abril, el XIX Congreso Nacional sobre el Sida y otras ITS. Su lema lo decía todo: 'Más allá del VIH: construyendo futuro'. La Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (Seisida), que en 2019 cumple su trigésimo aniversario, ha realizado en los últimos años diversas investigaciones para medir la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que viven con VIH. Ha utilizado para ello la escala específica breve de la OMS (WHOQOL-HIV-BREF). Los resultados de esos estudios, hechos públicos en Alicante, muestran que los enfermos puntúan mejor las dimensiones de salud física y nivel de independencia. Por el contrario, sus puntuaciones más bajas corresponden a las dimensiones psicológica, social y espiritual o existencial. Los afectados muestran, sobre todo, una especial preocupación por sus recursos económicos y por el futuro. La satisfacción por su vida sexual es baja, el estigma les agobia, duermen peor y tienen más sentimientos negativos que quienes no portan el virus. Las mujeres incluso puntúan por debajo de los hombres.

"Es verdad que los enfermos de otras patologías crónicas (diabetes, reúma…) arrojan indicadores peores, pero España está aún lejos de alcanzar el objetivo del cuarto 90", subraya muy crítica la **Dra. María José Fuster**, gerente de Seisida, que se atreve a indicar el camino: "Es necesario centrar las acciones en las áreas más deterioradas y estudiar los factores que influyen en ellas. Además, es necesario monitorizar e incorporar la medición de la calidad de vida en relación con la salud en la práctica clínica para poder dar una respuesta individualizada. Y, sobre todo, poner una atención especial a las mujeres y a los supervivientes de larga duración". "Más allá de la indetectabilidad, objetivo básico y requisito indispensable, es necesario plantearse objetivos más generalistas, que a veces, por ser tan generalistas, pueden pasar desapercibidos y que van más allá de la propia infección. Es necesario desarrollar estrategias multidisciplinares que permitan que los pacientes con VIH envejezcan de forma saludable y lo hagan de la mejor manera posible", corrobora Troya.

Según datos del National Institute of Health (NIH), de Estados Unidos, las personas con VIH tienen el doble de probabilidades de sufrir de depresión que las personas que no lo tienen. Además, la medicación antirretroviral puede producir pérdida de apetito, náuseas o diarrea. Son sólo dos ejemplos. Los especialistas son conscientes de que el cumplimiento del cuarto 90 pasa necesariamente por una revolución del sistema sanitario. "Necesitamos una atención por parte de los profesionales sanitarios que se aleje del modelo paternalista o asistencialista, que se centre en nuestras necesidades y fomente nuestra autonomía. Ello ayudará a que superemos actitudes conformistas, resignadas o victimistas, empoderándonos así a luchar por un desarrollo pleno como personas autónomas y miembros de pleno derecho de la sociedad", aseguran **Mar Linares** y **J.M. Tomás**, del colectivo SuperVIHvents. "El modelo asistencial centrado en la infección por VIH y sus manifestaciones directas ya no es el adecuado para hacer frente a estos cambios y debe evolucionar a un modelo global, centrado en la persona y en el conjunto de sus necesidades y prioridades", añade **Miguel Angel von Wichmann** de la Unidad de Infecciosas del Hospital Universitario Donostia de San Sebastián. "La solución al VIH será científica o no será, será colaborativa o no será, será solidaria o no será", concluye **Pepe Alcamí**, coordinador de la Red de Investigación en Sida.

En Vallecas, Jesús Troya trabaja específicamente con poblaciones vulnerables excluidas socialmente como los adictos a drogas intravenosas e individuos transgénero. También, ha de hacer frente a nuevos fenómenos como el denominado chemsex. El Plan Nacional contra el Sida parece superado por la realidad. "Los pacientes demandan hoy lo que siempre han pedido: la solución de un problema de salud con el menor coste clínico posible y sin interferencia con su calidad de vida. No obstante, mi preocupación se centra fundamentalmente en aquellos que sólo reclaman atención por considerar el resto anhelos inalcanzables

SuperVIHvents

Se llama 'supervihviente' a todo aquel que fue diagnosticado de VIH/Sida antes de la aparición de la terapias antirretrovirales de gran actividad (1996). SuperVIHvents es una iniciativa creada en 2018 con el fin de reivindicar mayor visibilidad y respuesta a los complejas realidades de estos enfermos desde todos los sectores. Su manifiesto, de febrero de 2019, había recibido hasta el mes de junio 250 adhesiones individuales y 50 de diversas entidades. **www.supervihvents.com**



«España está aún lejos de alcanzar el objetivo del cuarto 90»

LA DRA. MARÍA JOSÉ FUSTER
SEISIDA

«Más allá de la indetectabilidad, objetivo básico y requisito indispensable, es necesario plantearse objetivos generalistas que van más allá de la propia infección. Hay que desarrollar estrategias multidisciplinares que permitan que los pacientes con VIH envejezcan de forma saludable y lo hagan de la mejor manera posible»

EL DR. JESÚS TROYA
HOSPITAL UNIVERSITARIO
INFANTA LEONOR, MADRID



en una sociedad que les ha excluido y abandonado. El problema es que el modelo asistencial tradicional no ha sabido adaptarse a los nuevos cambios sociales y epidemiológicos en una sociedad con nuevos valores y necesidades asistenciales. Los cambios clínicos acontecidos en el tratamiento y prevención, junto con las características intrínsecas actuales de la población infectada, hacen necesario el cambio de los modelos de seguimiento clínico e interacción con los pacientes, poniendo especial hincapié en el manejo de poblaciones vulnerables, muchas de las cuales tienen difícil acceso al sistema sanitario. Es aquí donde el clínico debería convertirse en un gestor clínico de dichas necesidades y adaptar su asistencia a las mismas mediante la personalización, haciendo uso de los medios materiales y tecnológicos disponibles", asegura.

A juicio de Troya, el control del virus y la simplificación de las estrategias de tratamiento"han llevado a una relajación del miedo social e individual a la propia infección, llegando incluso algunos sectores a malinterpretar y banalizar la situación actual". La crisis económica y los populismos crecientes suman aún más dificultades. Dice el internista del Infanta Leonor: "La crisis ha llevado a relegar a un segundo plano aspectos de salud pública de vital importancia que van desde la desatención a inmigrantes indocumentados a la ausencia de campañas de diagnóstico e intervención sobre poblaciones vulnerables con VIH. La infección por VIH, lejos de ser sólo un problema individual, tiene importantes implicaciones sobre la comunidad, ya que sin control individual no hay control sobre la comunidad. Por ello, debe ser entendida y asistida de forma global, sin la existencia de barreras administrativas o económicas. Esta visión generalista es la única que puede poner freno a la infección, así como disminuir o eliminar otros aspectos asociados a la misma como el estigma, el rechazo social, la morbilidad y mortalidad por diagnóstico o asistencia tardía".

Troya advierte del riesgo real de que se produzcan nuevas infecciones y una mayor morbimortalidad asociada a la infección. Pero no considera que el cuarto 90 sea un objetivo demasiado ambicioso: "Los cambios clínicos acontecidos en los últimos años, como el inicio temprano del tratamiento antirretroviral, unidos a la gran eficacia y seguridad de los nuevos fármacos, han relegado el sentimiento de enfermedad a un segundo plano. A ello se le suma el estricto control que realizan los clínicos de otras comorbilidades y factores de riesgo preexistentes en población general y, por extensión, en población con VIH, que en conjunto permitirán a los pacientes en seguimiento con la infección vivir más y mejor".

Para ello, indica, las estrategias de intervención precoz son clave. Esto incluye desde planes de salud pública a nuevos modelos de intervención sanitaria. No se trata simplemente de autorizar la llamada PrEP. Insiste Troya: "La profilaxis preexposición probablemente sea, tras el uso del condón, la estrategia preventiva contra el VIH más eficaz, como ha quedado demostrado en múltiples estudios de ámbito internacional y datos de vida real. Su marco de utilización está claramente definido en poblaciones de alto riesgo. No obstante, la flexibilización y la banalización de las medidas preventivas disponibles, con una población de riesgo que en su gran mayoría no hace uso del condón, me hace preguntarme si estos grupos de riesgo están verdaderamente preparados para asumir con responsabilidad dicha estrategia. Una puesta en escena sin responsabilidad y compromiso por parte de los individuos podría convertir lo que inicialmente se acoge con determinación y rigor en una situación problemática derivada de la flexibilización y banalización a largo plazo de dicha estrategia, con los consecuentes problemas de falta de eficacia asociados, porque no podemos olvidar que, si bien nos enfrentamos a una población en región, se trata de una población sana libre del sentimiento de enfermedad".

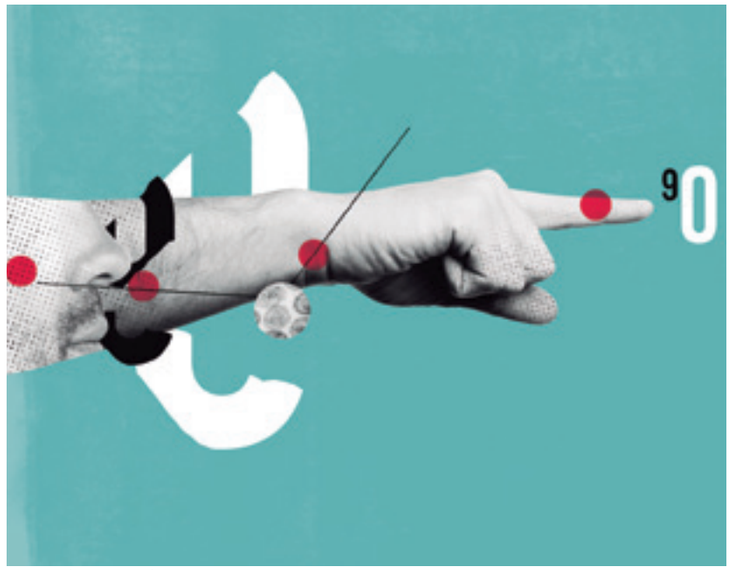


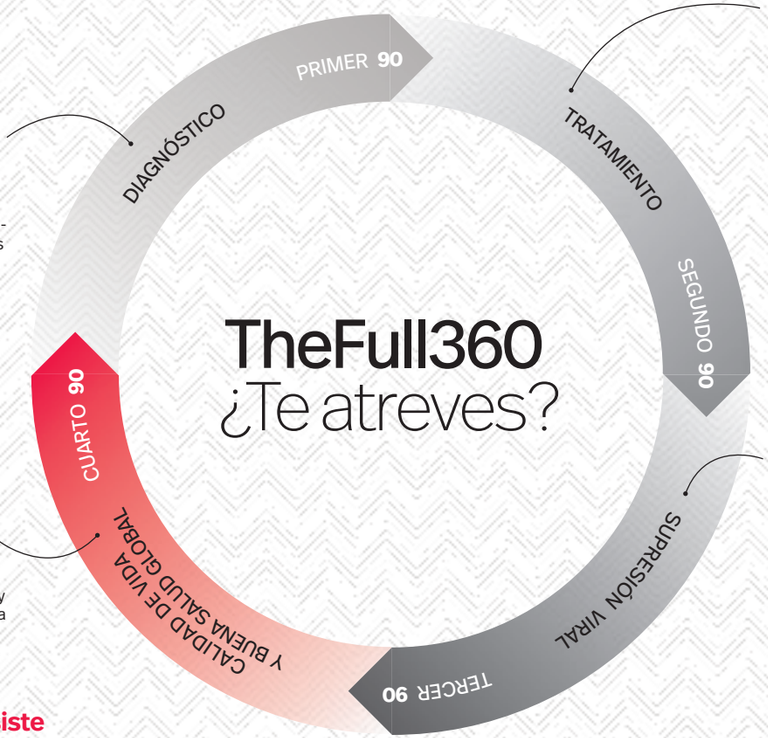
ILUSTRACIÓN: ©SR. GARCÍA



"We Want You to Break Free. ¿Te atreves?" La cita era el Orgullo madrileño, del 28 de junio al 7 de julio. El objetivo, mostrar el compromiso de la compañía con el cuarto 90. En ese marco festivo se presentó la campaña multimedia y multisoporte TheFull360 de Gilead, que con el apoyo de Gesida aspira a extender un lema esclarecedor: "Aspira a vivir con el VIH, y no por el VIH".

Primer 90. Diagnóstico
En España fueron diagnosticadas 3.381 personas en 2017. Una de cada tres es menor de 35 años. Tres de cada cuatro, homosexual. Una de cada cinco personas infectadas sigue sin diagnosticarse y uno de cada dos diagnósticos fue tardío. Gracias al test, es posible conocer el diagnóstico en 30 minutos.

Segundo 90. Tratamiento
El inicio precoz del tratamiento reduce en un 53% las posibilidades de desarrollar enfermedades graves o mortales y en un 70% el riesgo de contraer enfermedades asociadas al sida. El tratamiento es cómodo, fiable y flexible, adaptado al paciente. Un comprimido una vez al día.



Cuarto 90. Calidad de vida y buena salud global
Los tratamientos disponibles permiten tasas de control del virus por encima del 90%, lo que frena la progresión de la infección, permite la recuperación del sistema inmune y disminuye la mortalidad y la morbilidad asociada a la infección.

Tercer 90. Supresión viral
El VIH no tiene por qué mermar la calidad de vida. Más allá de la indetectabilidad del virus, es necesario desarrollar estrategias más generalistas y multidisciplinares que permitan a los pacientes envejecer de forma saludable.

¿En qué consiste TheFull360?

- Una web (**www.thefull360.es**) con información precisa sobre cada uno de los cuatro 90. La página incluye cuatro vídeos animados que explican con detalle la situación actual alrededor de esos cuatro objetivos.

- Una campaña específica para profesionales sanitarios, con informaciones en la página web y en el **canal de Twitter** de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen).

- Una **campaña teaser** para la población general con la impresión de diez mil flyers y publicidad en la línea 1 de los autobuses urbanos, en cinco céntricas estaciones de metro y en una pantalla gigante en la plaza de Callao de Madrid.

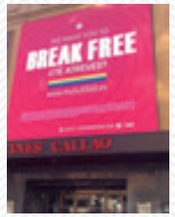
- El 3 de julio Gilead instaló un **punto de información** en la plaza Pedro Zerolo y contrató banners en diversas publicaciones digitales (Zero, Shangay, Cromosoma X).

- La primera edición del **Community Grants & Donations** de la compañía en nuestro país. Resultaron premiadas 29 instituciones y ONGs por 51 proyectos que tratan de mejorar la calidad de vida de pacientes con VIH. Gilead invirtió 474.000 euros en 2018 para financiar los proyectos seleccionados. El programa incluyó la entrega de premios y una mesa redonda en la que se trató el tema de la humanización en la asistencia sanitaria. Contó con la participación del **Julio Zarco**, presidente de la Fundación Humans; **Ramón Espacio**, presidente de la Coordinadora Estatal del Sida (CESIDA); **Eva Bech**, presidenta de la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH); y **Jorge del Romero**, director del Centro Sanitario Sandoval.

- Gilead realizó una **encuesta al término de la campaña**. El 83% de los consultados consideró que había sido muy útil o útil para la población general; el 79% de los profesionales consideró que los vídeos son un buen material de formación para su pacientes; el 86% de esos profesionales recomendaría la página web a sus pacientes; y el 96% afirmó que Gilead debe seguir realizando este tipo de campañas en el futuro.



PREMIADOS María Río, en el centro de la imagen, junto a los galardonados de la primera edición de Community Grants & Donations Program



WE WANT YOU TO BREAK FREE
La campaña se instaló en diversos puntos de Madrid, con un punto informativo en la plaza Callao y un escenario durante los días del Orgullo madrileño.



Community Grants&Donations Los 29 premiados

Mejora del acceso al sistema de salud
Entregados por **María Río**, directora general de Gilead España, a: Asociación de Apoyo e Información a Portadores de VIH ITXAROBIDE, Asociación Catalana de Malats de Hepatitis Ascat, Coordinadora de Asociación de VIH y Sida de la Comunidad Valenciana, Comité Ciudadano Antisida de Burgos, Comité Ciudadano Antisida de la Generalitat Valenciana, Cesida, Federaciones Nacionales de Enfermos y Trasplantados Hepáticos, Fundación Española para el Estudio del Hígado, Fundacion SEIMC-Gesida, Grupo de Trabajo sobre Tratamientos de VIH-GTT, Grupo Español de Pacientes con Cáncer GEPAC, Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida, Universidad Autónoma de Barcelona, Asociación de Ayuda Antisida de las Islas Baleares y Asociación de Personas Que Convivimos con el VIH (Adhara).

Construcción de comunidades
Entregados por **Marisa Alvarez**, directora médica de Gilead España, a: Amigos Contra el Sida, Asociación Ciudadana Antisida Guipúzcoa, Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Puerta de Hierro y Apoyo Activo.

Mejora de la educación
Entregados por **Alex Kalomparis**, vicepresidente de Gilead, a: Asociación para la Ayuda a Personas Afectadas por VIH y sida Omsida, Apoyo Positivo, Asociación Valenciana contra el Sida Avacos, Comisión Ciudadana contra el Sida Bizcaisida, Comité Ciudadano Antisida Extremadura (CAEX), Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba, Hispanosida, Trabajando en Positivo.

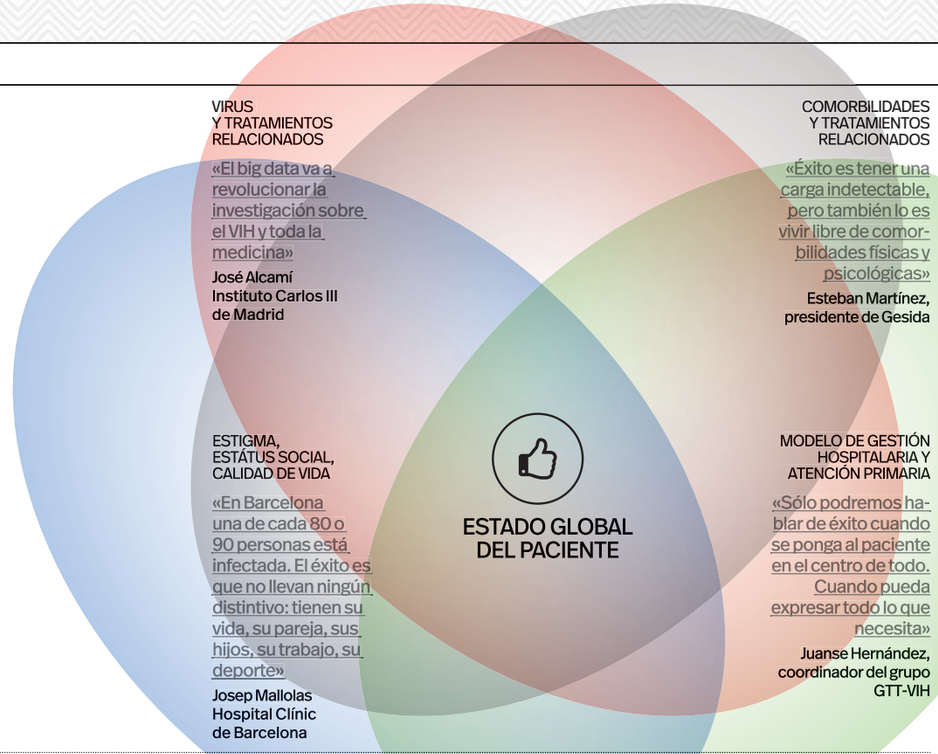
«TheFull360 proporciona a la población información sobre la infección por VIH y los potenciales riesgos y complicaciones asociados, en un intento de concienciar sobre la posibilidad de vivir con VIH de forma plena siempre y cuando se sigan las recomendaciones clínicas pertinentes de tratamiento y medidas preventivas»

EL DR. JESÚS TROYA
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR, MADRID

INTERNATIONAL AIDS SOCIETY/PANOS PICTURES/WORKERS' PHOTOS

A las puertas de cumplir con el objetivo 90-90-90, España quiere dar un paso más allá y se replantea **qué es el éxito al hablar del VIH**, una infección que afecta a más de 146.500 personas en nuestro país. Según la Estimación del Continuo de Atención del VIH España 2016, el 86,2% de las personas infectadas por VIH conoce su diagnóstico; de ellas, el 93,4% está recibiendo tratamiento antirretroviral; y, a su vez, el 90,4% de estos últimos ha conseguido suprimir su carga viral. Es importante detectar a ese 3,8% de personas que conviven con el virus sin saberlo. Sin duda, constituye un foco de actuación prioritario sobre el que administraciones y personal sanitario trabajan para conseguir alcanzar su compromiso. Pero hace falta algo más.

UN ÉXITO MÁS ALLÁ DEL TERAPEÚTICO



España ha comenzado a dirigir sus esfuerzos también hacia la búsqueda de un éxito global en el que el paciente se sitúe en el centro de cualquier actuación: una mejor prevención, más variedad en los tratamientos, vigilancia de su calidad de vida y una continua comunicación con él.

Éxito terapéutico ya no es sólo indetectabilidad. Tiene que ver con el llamado cuarto 90, que va más allá del 90-90-90 y reclaman insistentemente organizaciones comunitarias y profesionales sanitarios. "Es que sólo podremos hablar de éxito cuando se ponga al paciente en el centro de todo. Cuando pueda expresar todo lo que necesita. Si sólo entendemos el éxito como que el virus esté indetectable, estamos haciendo un flaco favor a la enfermedad", afirma **Juanse Hernández**, coordinador del grupo GTT-VIH.

● **Los nuevos tratamientos** han permitido una supresión de la carga serológica y una excelente prevención frente a enfermedades oportunistas. Pero la mortalidad de estos pacientes aún es mayor que la del resto de la población. Esto se debe, en gran medida, a que presentan un aumento en la incidencia de las comorbilidades no definitorias de sida. Problemas neurológicos, óseos, cardiovasculares, renales y neoplasias son más frecuentes. El 45% de los infectados por el VIH presenta riesgo moderado o elevado de enfermedad coronaria y el 87% riesgo medio o alto de progresión a enfermedad renal crónica.

● **Especialistas y asociaciones reclaman, por tanto, un cuarto objetivo:** que el 90% de los pacientes que cuentan con carga viral indetectable tenga una buena calidad de vida. Con ese fin, las unidades hospitalarias deben llevar a cabo un modelo de gestión integrada entre las distintas especialidades y Atención Primaria, abordando una atención que vaya más allá de lo estrictamente terapéutico: que no sólo englobe el envejecimiento acelerado que sufren las personas que viven con VIH y sus comorbilidades sino que tenga en cuenta la dimensión psicológica y social del paciente.

● **Las encuestas realizadas a pacientes** están permitiendo conocer los datos que los profesionales necesitan para iniciar el camino hacia el cuarto 90. La Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (Seisida) ha llevado a cabo en los últimos años diversas investigaciones para medir en pacientes VIH su calidad de vida relacionada con la salud. Los peores resultados los han obtenido los parámetros relacionados con las dimensiones de salud psicológica, social y existencial, mientras que las dimensiones de salud física, nivel de independencia y salud del ambiente obtenían las mejores puntuaciones. "Por supuesto, éxito es tener una carga indetectable, pero también lo es vivir libre, libre de comorbilidades físicas y psicológicas. Tener una salud general y mental que no quede oscurecida por el hecho de ser seropositivo" subraya **Esteban Martínez**, presidente de Gesida.

● **Depresión, estigma,** problemas de sueño, preocupación por el futuro, sentimientos negativos e insatisfacción sexual son algunos de los problemas más comunes a los que los profesionales empiezan a hacer frente, y de los que hasta poco no se hablaba o se relegaban a un segundo plano.

A pesar de los enormes avances médicos y terapéuticos, a pesar del exitoso I = I, pervive con fuerza el rechazo social, una pesada carga psicológica con la que los pacientes viven cada día. Según los estudios de Seisida, el 29% de la población intentaría evitar el contacto con una persona que vive con VIH, un dato que justifica el miedo al rechazo con el que ésta tiene que vivir. Y así, los pacientes vivan su infección en secreto. "Un problema muy serio que hay que empezar a abordar es el de la soledad. Muchos pacientes nos cuentan que sólo hablan con nosotros", asegura **José Ramón Blanco**, médico del Hospital San Pedro y del Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR).

● **La discriminación a personas con distinto estatus serológico es más acentuada en mujeres.** "Las mujeres sufrimos un doble estigma, el de mujer y el de VIH", afirma contundente **Cándida Álvarez**, fundadora de Asociación Gallega de Afectados VIH. Una opinión que comparte con **Celia Miralles**, de la Unidad de VIH del Hospital Álvaro Cunqueiro, que añade su preocupación por el juicio constante dirigido a la actividad sexual de las mujeres. Miralles, además, remarca que más del 50% de la población VIH lo constituyen mujeres, pero que sólo suman el 15% de la representatividad en los estudios científicos.

Diferencias hormonales, embarazo, menopausia, distribución distinta de la grasa... Las diferencias entre hombre y mujer son muy significativas y, por tanto, se está reclamando un estudio a fondo de estás particularidades y una mejor formación de los profesionales para que sean capaces de atender esa brecha física, psicológica y social.

● **"Prevención, prevención y prevención.** Ahí está el éxito. Porque cada nueva infección es un fracaso", insiste **José Tomás Ramos**, pediatra en el Hospital Clínico San Carlos. Cero infecciones es el mayor éxito. La profilaxis pre-exposición es una nueva barrera para aquellos que conocen su situación de riesgo. Con ella se espera un descenso en el número de infecciones. Sin embargo, la PrEP no basta. Los especialistas y las asociaciones de pacientes reclaman la necesidad de poner en marcha nuevas campañas de prevención, tanto dirigidas a la población general, como a los grupos específicos en los que se ha demostrado que existe un mayor riesgo de infección, como los hombres que tienen sexo con hombres, especialmente en un entorno de consumo de drogas.

Mientras, en el debate pervive la duda de si los avances médicos y farmacológicos han permitido una cara amigable del VIH, la hepatitis C y otras ITS. Se suceden argumentos a favor y en contra de la frase cada vez más repetida: "Se ha perdido el miedo". "Debemos hacer campañas que no se basen en el miedo sino en la información, lo que nos hará dueños de nuestros actos", concluye Esteban Martínez.

1. La voz de los pacientes

En las vísperas de redondear el objetivo 90-90-90, la comunidad médica y las asociaciones de pacientes ya se retan a un cuádruple 95-95-95-95. Los **Patient Reported Outcomes** (**PRO**) serán herramientas decisivas para registrar la percepción que las personas con VIH tienen de su salud.



La calidad de vida de ese 90% de pacientes que ya tiene una carga viral indetectable es el nuevo objetivo de los profesionales sanitarios. Comorbilidades, afectaciones neurológicas, estigma, fragilidad, soledad o dificultades económicas constituyen los nuevos desafíos más allá de la mera supervivencia. Se trata de escuchar al paciente y encontrar con él la manera de proporcionarle una vida mejor.

El modelo vigente, en el que el médico es el eje central de la asistencia, comienza a girar radicalmente. A partir de ahora, va a ser el paciente el que ocupe el centro. A su alrededor orbitará la asistencia necesaria para atender sus necesidades. "Es un modelo asistencial que empieza a verse mucho en VIH, pero que se está extendiendo a otras unidades médicas, especialmente las que atienden enfermedades crónicas", explica **Ignacio Pérez Valero**, especialista de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del hospital La Paz de Madrid. "Nos hemos preocupado de que los nuevos fármacos inhibieran muy bien el virus, que tengan pocos efectos adversos, pero no se ha hecho una valoración clara de cómo los perciben los propios pacientes", insiste **Juan Carlos López Bernaldo de Quirós**, médico de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón. "Debemos dejar que el paciente determine si un fármaco le da más sueño, si el tamaño le parece óptimo o si le da náuseas".

Colocado en el centro, el paciente debe explicar cuáles son sus necesidades. Esa información es valiosísima con vistas a su atención. Y la herramienta que se erige como más sensible y sistémica se llama Patient Reported Outcomes (PRO). Los PRO son cuestionarios que permiten un análisis de áreas muy diversas, desde la adherencia al tratamiento a la detección de problemas neurocognitivos, ofreciendo al médico resultados fiables y escalables de la percepción del paciente.

"Estos cuestionarios, que se han utilizado mucho en ciencias psicológicas y sociales y en campos de investigación, ahora se empiezan a llevar a la práctica clínica rutinaria", subraya **María José Fuster**, directora gerente de Seisida, una sociedad que lleva años reclamando el cuarto 90 y analizando con sus propios estudios la calidad de vida de los pacientes VIH. "Estamos diseñando un cuestionario que permita conocer al médico problemas relacionados con la salud que no se hablan en la consulta: trastornos de sueño, porque se dan por sentados, o calidad sexual, que es uno de los aspectos peor parados en nuestros estudios. También, soledad y estigma", añade.



«Nos hemos preocupado de que los nuevos fármacos inhiban el virus y tengan pocos efectos adversos, pero no se ha hecho una valoración clara de cómo los perciben los propios pacientes»

JUAN CARLOS LÓPEZ BERNALDO DE QUIRÓS, MÉDICO DE LAA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN

Los PRO se están comenzando a utilizar para identificar aspectos clínicos relevantes que en el día a día son difíciles de detectar por su complejidad. Con ellos, esa identificación se podrá hacer de forma sistemática. "Conseguir una visión íntegra de la persona lleva su tiempo, y en las consultas a veces no disponemos ni de tanto tiempo ni de tanto espacio", comenta López Bernaldo de Quirós. Aunque un médico es capaz de detectar los primeros síntomas de problemas neurocognitivos, dice, "si considero que a un paciente hay que hacerle alguna prueba más a fondo, tengo que buscar un hueco otro día o hacerlo fuera del tiempo de consulta". "Estos cuestionarios permitirán identificar a los pacientes más vulnerables que requieran de un manejo diferenciado", argumenta Pérez Valero. El médico de La Paz apunta que estas herramientas tendrán mayor utilidad en tres áreas: "Adherencia, pacientes con riesgo de fragilidad, donde incluyo el envejecimiento en salud, y atención neuropsiquiátrica".

En el ámbito de los problemas neurológicos, a Pérez Valero le preocupan especialmente los trastornos del sueño, y los trastornos por ansiedad y depresión, en parte por el impacto en el día a día, pero también por su prevalencia. "Y en pacientes más mayores, nos preocupan el deterioro cognitivo y la aparición de demencia precoz", agrega.

Los PRO son ejemplo del cambio en marcha en la praxis sanitaria. Su éxito, coinciden los expertos, va a depender del esfuerzo de muchos profesionales, de su tiempo y de su formación. "Habrá que superar barreras de desconocimiento y estructurales. No son barreras difíciles de superar, pero requieren un consenso y una sensibilización, y por supuesto habrá que destinar los recursos necesarios", pone el dedo en la llaga, rotunda, Fuster. El paso hacia la digitalización parece ineludible.

Hasta ahora, los pacientes venían cumplimentando estos cuestionarios en papel. El médico los evaluaba y después se pasaban a formato electrónico. "Queremos que los cuestionarios puedan realizarse mediante sistemas informáticos, ya sean encuestas online, aplicaciones o páginas web. Que esa información se traslade al clínico y que se le alerte de los resultados positivos, prácticamente en tiempo real", apuesta Ignacio Pérez Valero.

El médico de La Paz baraja incluso a futuro otras aplicaciones más sofisticadas gracias a las cuales no haga falta siquiera la participación activa del paciente. "Se están poniendo en marcha aplicaciones capaces de detectar la vulnerabilidad del paciente tan sólo recogiendo la información sobre el modo de uso del dispositivo. Es un objetivo a largo plazo. La inteligencia artificial ya está demostrando que va a ser capaz de detectar precozmente cuadros de demencia", concluye.

El paciente en el centro... ¡y activo!

Colocado el paciente en el centro del proceso asistencial, cada vez más se le va a pedir que forme parte activa del cuidado de su propia salud. Desde la Fundación SEIMC-Geisida, se ha puesto en marcha un programa para el automanejo de los trastornos del sueño. "Cuando detectemos un paciente con problemas de sueño, automáticamente se le va a enviar un mail o un mensaje en los que se le indique que su médico ha detectado este problema y que se le oferta la posibilidad de aprender a mejorar su calidad de sueño", explica Pérez Valero. El usuario recibirá un enlace a un curso que, de momento, consta de siete vídeos breves con pautas para la mejora de la higiene del sueño. "Es una manera de atender la demanda de información que la sociedad reclama, dándosela con una calidad y un rigor científicos que no siempre son los que se encuentran en internet".

¿QUÉ ES UN PRO?

- El término proviene del grupo de armonización de Patient Reported Outcomes de la International Society Outcomes Research and Pharmaeconomics, que lo definió por primera vez en 2001.
- La Agencia Europea del Medicamento aceptó en 2005 como PRO "cualquier resultado en salud evaluado directamente por el paciente y basado en la percepción de su enfermedad y tratamiento". La Food and Drugs Administration estadounidense los definió así en 2009: "Medición del estado de salud basada en datos que provienen directamente del paciente, sin interpretaciones o modificaciones por el personal sanitario".

TIPOS DE PRO

- **Genéricos o específicos.** Los genéricos permiten comparaciones con la población general o entre distintas patologías, pero pueden no ser sensibles a los cambios a lo largo del tiempo. Los específicos incluyen los síntomas característicos que experimentan los pacientes con una enfermedad en concreto siendo más sensibles a los cambios en el tiempo, pero no permiten comparaciones con otras poblaciones. Se recomienda incluir ambos.
- **Estáticos o dinámicos.** Los estáticos se pueden utilizar en formato papel o digital y los dinámicos suelen necesitar soporte informático para su evaluación.
- **Uni o multidimensionales.** Con uno o varios elementos que definen cada una de las dimensiones. Cuando son compuestos de varios elementos, proporcionan medidas más fiables, de mayor sensibilidad y validez de contenido aunque la carga de administración evaluación de resultados y análisis es superior.

Josep Mallolas: "En el Hospital Clínic nuestra intención es optar de forma clara por el Diagnosticar y tratar"

Entrevista/ Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona, Josep Mallolas es el coordinador del Day Care Hospital Clínic de Barcelona, que atiende a más de 3.000 pacientes infectados por el VIH y a cerca de 1.500 coinfectados por el VHC.

Aunque los avances en el tratamiento del VIH han sido espectaculares, siempre se busca seguir avanzando. Desde hace tiempo, en el Hospital Clínic están poniendo el foco en el inicio rápido. ¿En qué consiste?

R: Es un propósito muy ambicioso. Consiste en la aplicación de unas directrices de la OMS, de Onusida, para controlar la epidemia lo antes posible. Tenemos una buena noticia y otra mala. La mala es que con las herramientas actuales nunca hemos curado a nadie, exceptuando dos pacientes en una situación y proceso complejos, que no han de tenerse en cuenta. La buena noticia es que sabemos que, si se diagnostica a una persona y empieza con el tratamiento antiretroviral, se consigue una carga viral indetectable. Algo muy importante para él, porque impide enfermar, y para los demás, porque no infecta, y por tanto se rompe la cadena epidemiológica. Todos los tratamientos son eficaces, pero no todos se pueden empezar en las mismas condiciones. Hay algunos que requieren de unas pruebas médicas previas. En el Hospital Clínic nuestra intención es optar de forma clara por que diagnóstico y el tratamiento sean el mismo día, o en su defecto uno o dos días después. Hay muchas personas para las que la noticia del diagnóstico supone un fuerte impacto emocional. Por tanto, el mismo día no sería recomendable empezar con la medicación, pero sí al día siguiente o dentro de la misma semana.

P: ¿Cuáles son lo pros y los contras de esta opción?

R: Los pros del Diagnosticar y tratar son obvios: controlas el virus de forma muy rápida y cortas la cadena epidemiológica. Los contras son muy pocos. En realidad, no hay ningún problema específico. Es una cuestión de concepto, pero no implica nada. El único aspecto que podría complicar un poco es la agenda. Es más fácil para cualquier unidad dar cita con un mes que al día siguiente, ya que por lo general tenemos todos las agendas a reventar. Es un mal menor. De todos modos, hay que tener en cuenta que este tratamiento no es aplicable a todos los pacientes. Si una persona, después de darle la noticia de que está infectada, sufre un problema psicológico, una depresión, un trastorno adaptativo o no se encuentra bien, algo que es muy humano, lo único que no le sugeriré es que empiece a tratarse porque la pastilla le recordará algo que acaba de destrozarle su día a día. Pero para los demás casos, en los que antes esperábamos de uno a tres meses entre diagnóstico y tratamiento, o incluso nos cuestionábamos empezarlos si las defensas estaban muy correctas, ahora sabemos que debemos empezar lo antes posible para cortar esa cadena, y para evitar que el paciente se deteriore, porque un aspecto muy importante es que, tristemente, no menos de un tercio de los nuevos diagnósticos, son tardíos. En otros contextos, hay estudios realizado en África y en Estados Unidos que han demostrado que el hecho de empezar antes ayuda a fidelizar la toma del tratamiento. Nada nos hace pensar que aquí sería diferente.

P: ¿Qué complica el tratamiento en estos otros escenarios, como África?

R: En África todo esto es más complicado. El problema principal no es el acceso al tratamiento, tal y como se pudiera pensar. El problema es que hay que hacer análisis, visita, dar la medicación.... Es el seguimiento lo que se complica. Hablamos de poblados que pueden no tener acceso por carretera y que están separados del siguiente núcleo por 60 kilómetros. Es más un problema de infraestructura que de acceso al propio medicamento.

P: ¿Están satisfechos los pacientes con el tratamiento?

R: Sí, la pastilla es pequeña, requiere pocos controles hospitalarios, no tiene ningún efecto adverso y a largo plazo las cosas van bien. Entienden que el tratamiento les beneficia. En los Patient Outcome Reports, que son encuestas en las que opina el paciente, los tratamientos tienen muy buena puntuación. Es decir, no somos los médicos los que lo decimos, lo dicen los pacientes. Sus opiniones reflejan este cuarto 90, que también ha establecido la OMS, que es el 90 que se refiere a la calidad de vida. Pero, obviamente, siempre encuentran aspectos en los que creen que se podría mejorar, como la durabilidad.

P: Sobre los puntos de mejora, ¿en qué debemos fijarnos respecto a toxicidades y comorbilidades?

R: Afortunadamente, la toxicidad propia de los farmacos cada vez es más marginal. Sin embargo, los pacientes infectados tienen una incidencia superior a la población general de comorbilidades.

Por ejemplo, hay más infecciones como la del virus de hepatitis C, tienen mayor incidencia de eventos cardiovasculares, mayor alteración renal... En definitiva, una tasa más elevada de aceleramiento de la senectud. La senectud es un proceso fisiológico que en personas con VIH, probablemente por un estado proinflamatorio, está acelerado. A todo esto, hay que añadir que el estilo de vida de muchas de estas personas infectadas determina una serie de comorbilidades que son más frecuentes y agresivas. La incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual es más frecuente. Es el caso del virus del papiloma humano, que a su vez deriva en una mayor probabilidad de cáncer cérvix-uterino, anal... Las personas con VIH parecen ser más fumadoras y, por tanto, tienen mayor incidencia de neoplasia de pulmón o infarto de miocardio. Todo el contexto del paciente VIH también explica que puedan tener más comorbilidades.

P:¿Está controlada la barrera genética?

R: Es difícil que cuando un paciente tiene un tratamiento subóptimo el virus se haga resistente. Ahora, los fármacos que usamos tienen una alta barrera genética. Hay que insistir mucho en hacer las cosas mal para que aparezcan mutaciones.

P: ¿Qué podemos decir sobre las interacciones?

R: Desde hace más 20 años los tratamientos han tenido un *booster*, un potenciador farmacológico que permite que la molécula administrada no se metabolice tan rápido, lo que evita que haya que tomar varias pastillas a lo largo del día. Pero este *booster* no conoce todas las moléculas. Por tanto, si me tomo otro fármaco pueden aparecer toxicidades, algo que ocurre con un amplio grupo de fármacos. Los tratamientos vía parenteral no llevan *booster*.

P: ¿Es realmente importante la presentación de los comprimidos?

R: Para tomarte una medicación una semana, el tamaño puede que no sea tan importante. Pero si lo vas a hacer los próximos años, sí que importa. Incluso la presentación galénica, el sabor... son cosas importantes.

P: ¿En este sentido pueden ayudar los futuros tratamientos?

R: Es un lujo poder haber asistido a un cambio tan radical de esta enfermedad gracias a los tratamientos. Después de lo que hemos hablado, alguien podrá pensar: ya está, está todo controlado, pero no es así. Tomarse una pastilla al día, con los años conlleva una fatiga del tratamiento. No aguanto más tener que tomar una pastilla al día, nos dicen los pacientes. Además, se sienten bien y esa pastilla les recuerda que están infectados, y para muchas personas esto es una presión psicológica. Hay nuevas opciones de tratamiento en marcha que quizás no serán aptas para todos, pero sí para muchos. Por ejemplo, la medicación parenteral. En un futuro cercano podríamos tener opciones de tratamiento que serán un par de inyecciones cada cuatro u ocho semanas. Éste va a ser sólo el principio de las nuevas opciones. También tendremos medicaciones que se administrarán subcutáneamente, como la insulina, que permitirá tratar a las personas cada tres o seis meses. Tendremos que tener en cuenta a cada paciente para optar por uno u otro tratamiento. Por ejemplo, para quien lleve cinco o diez años tomando pastillas cada día y no pueda más tendremos la opción de proponerle las inyecciones. Empezaremos con inyecciones cada cuatro semanas y luego cada dos meses. Del mismo modo, si dos años después nos dice que ya no quiere inyecciones podemos volver a las pastillas. También se pueden presentar otros escenarios: alguien que está bien con su tratamiento de inyecciones, pero que se va de viaje cuando le toca la inyección. Nos gustaría que entonces tuviera la opción de tomar durante un tiempo las pastillas, que le permitan cubrir el *gap*.

P: ¿Estamos consiguiendo que el tratamiento llegue a todos?

R: Para que el tratamiento llegue a los colectivos más estigmatizados, más vulnerables, nos estamos acercando a los centros de drogodependencia, y eso funciona. Además, España puede presumir de que cualquier persona que viva aquí, independientemente de su condición legal, tiene acceso al tratamiento. Mientras esté aquí, se le ofrece de por vida y de manera gratuita. Es un lujo que en muy pocos países del mundo ocurre.

P: Como coordinador de esta unidad de VIH en el Clínic, ¿cree que es importante trabajar en colaboración con otras especialidades?

R: Cada centro tiene su propia manera de trabajar. Aquí tenemos un *linkage* con más de trece o catorce especialidades médicas que forman parte de nuestra unidad. Por ejemplo, tenemos un dermatólogo que forma parte de Dermatología y también de nuestra unidad VIH. Para los embarazos, hay una o dos personas especializadas en el manejo y control de la mujer con VIH. En psiquiatría, lo mismo.... y así hasta catorce unidades diferentes. Por supuesto que lo considero importante.

P: El diagnóstico, ¿debe ser un punto clave de cara al avance del éxito del VIH?

R: Sí, de hecho hay dos zonas en el mundo que desde hace varios años se han declarado libres de infecciones, que son la Columbia británica, en Vancouver, Canadá, y Australia. Dos zonas social y económicamente muy avanzadas en las que han conseguido testar a toda la población y comenzar el tratamiento de los infectados. En España se considera que la prevalencia no va más allá del 0,3% o 0,4%. Tendrían que hacerse 1.000 análisis para encontrar una sola persona infectada. Por ello, las políticas de detección se están enfocando en colectivos que tienen una tasa muy alta, como los hombres que tienen sexo con hombres, o todas las personas que consultan por enfermedades de transmisión sexual, o cualquier persona que pueda tener algún indicativo de infección por VIH, por ejemplo, un herpes zóster. Hay que recordar que de cada cien herpes zóster, veinte son VIH. También habría que hacer análisis a personas con tuberculosis, que tiene una incidencia mucho mayor en personas con VIH. Incluso a las que tienen un eczema seborreico, que en los pacientes con VIH son más frecuentes y más intensos.

P: Más allá del terapéutico, ¿qué considera éxito?

R: El cuarto 90. Antes, medíamos el éxito por la supervivencia, pero ahora las personas infectadas tienen una esperanza de vida muy cercana a la población general, y creo que es en la calidad de vida donde debemos concentrarnos. En la ciudad de Barcelona una de cada 80 o 90 personas está infectada. El éxito es que no llevan ningún distintivo: tienen su vida, su pareja, sus hijos, su trabajo, su deporte....

P: ¿Perdura el estigma?

R: Sí, existe. Muchas personas llevan esta enfermedad de forma tremendamente discreta. El hecho de que lo hagan es un indicador de que ese estigma existe. La gente no oculta que tiene otras enfermedades: no oculta que tiene un cáncer, eso es morir de una enfermedad noble, pero morir de sida es que te lo has buscado. Si una persona no tiene ningún interés en que nadie lo sepa, yo no muevo un dedo por animarle a comunicarlo. Aún con toda la información del mundo, queda algo. Tengo pacientes que me dicen: estoy muy preocupado porque me han hecho abuelo y no me atrevo a coger al nieto. Debemos seguir trabajando y seguir informando.



«Para tomarte una medicación una semana, el tamaño puede que no sea tan importante. Pero si lo vas a hacer los próximos años, sí que importa»

PERFIL

- Coordinador del Day Care del Hospital Clínic de Barcelona.
- Profesor en el Máster de Sida de la Universidad de Barcelona, ha publicado en más de 90 revistas nacionales y 140 internacionales, ha colaborado en la redacción de varios libros científicos y ha participado en más de 200 congresos.
- Ha investigado sobre todo en la coinfección VIH-VHC y en la terapia antirretroviral, especialmente en lo relativo a estudios farmacocinéticos y resistentes. Cabe destacar sus trabajos *Eficacia del Elvasbir/Grazopevir en Hepatitis C crónica temprana en pacientes coinfectados VIH/VHC* e *Inmunoterapia frente al VIH con una vacuna terapéutica más interferón para modificar el reservorio viral y eventualmente alcanzar una remisión sin antirretrovirales.*



«Los pros del Diagnosticar y tratar son obvios: controlas el virus de forma muy rápida y cortas la cadena epidemiológica»

«Muchas personas llevan esta enfermedad de forma tremendamente discreta. El hecho de que lo hagan es un indicador de que ese estigma existe»

2. Adolescencia y VIH, momento crítico



Según datos de diciembre de 2018, la cohorte de la red de investigación en sida y VIH de niños y adolescentes en España cuenta con 1.344 pacientes registrados. De ellos, el 51% ha sido transferido a adulto y el 13% se ha perdido, algo que preocupa. A finales de 2018, 330 menores de 15 años vivían con VIH y estaban en tratamiento en 60 hospitales de nuestro país.

El VIH pediátrico sigue siendo una de las prioridades sanitarias más preocupantes a nivel mundial. Más de tres millones de niños menores de 15 años son portadores de este virus, que en el 90% de los casos han adquirido por transmisión vertical.

Afortunadamente, en España, al igual que en el resto de países desarrollados, la incidencia es excepcional, por debajo del 1%, gracias a los Programas de Prevención de Transmisión Vertical. "Gracias a los protocolos de prevención de la transmisión maternoinfantil, la mayoría de los nuevos casos que se diagnostican y se siguen actualmente de VIH pediátrico en nuestro medio son niños que han nacido en otros países y que vienen a vivir a nuestro país, bien con sus familias biológicas o con familias adoptivas a través de adopciones internacionales", explica **María Luisa Navarro Gómez**, especialista de Pediatría y de Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

José Tomás Ramos Amador, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos, añade a esta lista a las madres que llegan a España en un avanzado estado de gestación a las que no les da tiempo a que hagan efecto las medidas preventivas que evitan la transmisión vertical. En cualquier caso, no duda Navarro, "el test de VIH se debe hacer de forma universal en el embarazo y, si fuese negativo, repetirse al menos, en el tercer trimestre".

Según datos de diciembre de 2018, la cohorte de la red de investigación en sida y VIH de niños y adolescentes (coRISpe), que recoge prácticamente el 95% de los casos seguidos en las unidades pediátricas de los hospitales españoles desde 2008, cuenta con 1.344 pacientes registrados. De ellos, el 51% ya se ha transferido a adultos, aunque siguen en el proceso de transición; el 25% está en seguimiento en más de 60 hospitales españoles; se ha perdido el 13% y el 9% ha fallecido. ¿Qué preocupa a los especialistas por lo que se refiere a VIH pediátrico?

● **Problemas neurológicos.** Los niños infectados por el VIH tienen mayor carga viral que los adultos, seguramente debido a la inmadurez de su sistema inmune, incapaz de hacer frente a la replicación viral. En la transmisión vertical, además de la infecciones oportunistas, preocupan especialmente los problemas neurológicos derivados de una infección en pleno proceso de desarrollo. Es importante empezar cuanto antes. "Cuando un niño empieza pronto, el pronóstico es muy favorable", aclara Ramos. Que añade: "Tenemos adolescentes que vienen de la época en la que no había un tratamiento óptimo y ahora padecen los efectos secundarios de la medicación o han desarrollado resistencias".

● **Medicación.** Los menores tienen que tomar muchas veces varios jarabes; otras veces, sin embargo, son comprimidos de tamaño pequeño. "Para adultos, las guías están muy claras, pero para los niños nos tenemos que adaptar con las indicaciones de posología, con los datos relativos a la seguridad del medicamento, porque no hay estudios en niños y no puedes extrapolar la dosis del adulto", subraya Ramos.

● **Paso a la adolescencia.** "Algunos niños muy bien controlados al llegar a la adolescencia se descontrolan porque no quieren ser diferentes de sus compañeros. A veces dejan la medicación y llegan a provocar un rebote de la carga viral", explica con preocupación José Tomás Ramos, que cuenta cómo estos chicos y chicas niegan la realidad: "Incluso llegamos a perder el seguimiento". Por eso, es necesario el apoyo de un equipo multidisciplinar, ya que se trata de un proceso muy complejo en el que los psicólogos prestan gran ayuda y acompañan al niño durante años. "Nunca debemos ocultar", añade el pediatra. A partir de los 7 u 8 años, se les explica que existe un "agresor", al que con el tiempo comienzan a llamar virus, que actúa contra los leucocitos. Se evita que los niños lo divulguen. "Ya nos ha pasado con algún chico que lo contó a todo el colegio", recuerda Ramos. En torno a los 10 u 11 años vienen los primeros problemas. "A esta edad les hablamos ya del VIH, que es el virus que produce el sida, pero les decimos que si se toman la medicina podrán hacer siempre una vida normal, beber del mismo vaso, abrazarse, jugar..." Una explicación que puede durar meses o años, y en la que también juegan un papel importante los padres, a los que los médicos y psicólogos ayudan a prepararse.

«Algunos niños muy bien controlados al llegar a la adolescencia se descontrolan porque no quieren ser diferentes de sus compañeros»

"Preocupan especialmente los problemas neurológicos derivados de una infección en pleno proceso de desarrollo"

"Educación, educación, educación. No hay mejor manera de combatir la transmisión. La prevención será el éxito de esta infección, tanto la de madre a hijo como la de dos adolescentes"



JOSÉ TOMÁS RAMOS AMADOR
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

● **Infecciones adolescentes.** "La buena noticia es que si se le diagnostica rápido, el adolescente está sano y se sobrepone rápido. La mala es que suelen continuar con conductas de riesgo y adquieren otras ITS", advierte José Tomás Ramos. "Debe realizarse educación sexual en la preadolescencia y adolescencia para evitar las nuevas infecciones en la población joven", añade María Luisa Navarro en el artículo 'Infección VIH en Pediatría', publicado en Pediatría Integral, la revista de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, en octubre de 2018.

● **Diagnóstico tardío y prevención.** No existen los suficiente datos para saber si el diagnóstico es más o menos tardío en estos adolescentes o adultos jóvenes. Pero Ramos señala que se están viendo jóvenes de entre 16 y 24 años con una infección muy avanzada, con unos CD4 tan bajos que indican que podrían llevar años infectados. "Educación, educación, educación. No hay mejor manera de combatir la transmisión. La prevención será el éxito de esta infección, tanto la de madre a hijo como la de dos adolescentes", concluye el pediatra.

● **Estigma y silencio.** "Escuchan verdaderas barbaridades que otros chicos dicen por falta de información, y eso les hace ocultar su estado", analiza el doctor Ramos. Los jóvenes comparten su gran secreto con la familia y, en ocasiones, como mucho, con uno o dos amigos. Con sus parejas les cuesta mucho hacerlo. "Al principio, no lo cuentan, sólo los más mayores. Las relaciones sexuales y poder tener hijos son temas que les preocupan mucho", explica. Para muchos de estos chicos, un fin de semana con amigos puede ser una nueva preocupación ("que no me vean la medicación", "que no me pregunten para qué es"...), por lo que a veces deciden directamente dejársela en casa.

● **Paso a la Unidad de Adultos.** Abandonar la unidad pediátrica es complicado y en este tránsito se han tenido experiencias de jóvenes a los que se les ha perdido el seguimiento. El paso no suele comenzar hasta los 18 años. El proceso dura un tiempo en el que ambas unidades trabajan en equipo. Además, el seguimiento en pediatría es más continuo: se hace un análisis cada tres meses, cuando lo habitual con adultos son seis meses o incluso el año. "La adolescencia es crítica, ellos prefieren seguir con nosotros", reconoce Ramos.

● **El futuro.** Algunos adolescentes que han empezado el tratamiento tarde conviven con cierto grado de inmunoactivación que está asociado a la inmunosenescencia. "Tenemos datos, pero no sabemos qué significan. Tampoco sabemos si pueden ser reversibles cuando lleven años controlados", explica el pediatra. Se dan chicos y chicas con diez años de control que siguen presentando inflamación, lo que en adultos se relaciona con problemas cardiovasculares, osteoporosis y alteraciones neurocognitivas.

3. Mujer x VIH = Doble estigma



Aunque son más de la mitad de las personas infectadas por VIH en el mundo, las mujeres solo constituyen el 15 por ciento de la población estudiada. Los expertos constatan que no es lo mismo ser hombre o mujer a la hora de afrontar el virus y que son necesarios estudios específicos.

Acarrean un mayor estigma, tienen más problemas relacionados con la toxicidad del tratamiento, sufren más depresiones... Las mujeres seropositivas se enfrentan a un desafío aún más complicado que el de los hombres al tener que hacer frente a una serie de factores adicionales que las posiciona en una clara situación de desventaja.

La **Dra. Celia Miralles**, de la Unidad de VIH del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, cree que este desfase se debe a varios motivos. Por un lado, tiene que ver con que los porcentajes más altos de mujeres infectadas se encuentran en países con menos recursos, específicamente de África y Asia. Por el contrario, en Europa o en Estados Unidos la proporción de mujeres infectadas ronda el 15%. También influye que hasta 1993 la FDA (Food Drug Administration) no permitió que las mujeres formaran parte de los ensayos clínicos, en parte debido a otra de sus limitaciones: la fertilidad. "Se temía que los tratamientos pudieran afectar a la fertilidad, al embarazo o incluso que interaccionaran con algunos anticonceptivos; y esta dinámica se ha prolongado con los años", explica Miralles. Además, añade, "en países en los que la situación socioeconómica es muy dependiente del varón, se pensaba que la posibilidad de que algunas mujeres siguiesen los ensayos clínicos se complicaba".

Cerca de 17 millones de mujeres viven con el VIH. Es necesario atender sus particularidades biológicas y a su bienestar social y emocional. Repasamos aquí algunas claves.



INFECCIÓN

- Las mujeres se ven limitadas a la hora de tomar decisiones respecto a la prevención de conductas de riesgo por la perpetuación de una **concepción tradicional de las relaciones afectivo-sexuales**, tal y como señala el estudio *Human inmunodeficiency virus and AIDS in Women*. La situación se agrava en los entornos económicos y sociales más desfavorecidos. Miralles comparte esta impresión y se alarma al escuchar cómo muchas chicas jóvenes siguen haciendo lo que el grupo social quiere. "Les sigue faltando seguridad para decir no, no quiero hacer eso así, o no lo quiero ahora", se lamenta.
- Además, recuerda, **las mujeres son más vulnerables a la hora de ser infectadas** por su anatomía, por la cantidad de mucosas vaginales, y por el inóculo del varón, que es más abundante, contiene una mayor carga de partículas virales y permanece más tiempo. El VIH se transmite más fácilmente del hombre a la mujer que en sentido inverso.



ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO

- En este ámbito, son innegables los avances que las investigaciones han permitido respecto a hace un par de décadas. No hay transmisión vertical en pacientes medicadas y controladas, un ambicioso logro que ha llegado de la mano de los antirretrovirales. Sin embargo, aún quedan algunos vértices en los que seguir investigando. La doctora Miralles pone el foco en la **interacción de los medicamentos.** "Hay medicamentos que no sólo no se pueden administrar en la concepción sino ni siquiera en el momento de antes. También, debemos tener en cuenta las limitaciones con los anticonceptivos", aclara.



COMORBILIDADES

- Celia Miralles cree que los **estudios específicos para mujeres** son realmente importantes para garantizar los mejores resultados y avanzar en la calidad de vida de estas pacientes. "Las mujeres tenemos una composición corporal distinta a la de los hombres; tenemos menos masa muscular, más masa grasa, y ambas están redistribuidas de manera diferente", explica. "También tenemos sustancias, como las citocinas, que se comportan de manera distinta en hombres y mujeres, e incluso dependiendo del ciclo de la vida de la mujer", matiza. Miralles cree que es una situación de base que invita a pensar que los medicamentos que se utilizan se puedan distribuir o metabolizarse de manera distinta en el organismo de las mujeres.
- "Aunque no se han demostrado diferencias en eficacia, sí se han demostrado en toxicidades", y aclara que **las mujeres, en general, presentan más efectos adversos que los varones.** "Quizás tenga que ver que una mujer de 55 kilos toma la misma medicación que un hombre de 90", concluye.
- Con la **menopausia, la problemática se acrecienta al disminuir los estrógenos.** Comienza una serie de comorbilidades, como el deterioro en el metabolismo óseo (osteoporosis, osteopenia...), y se incrementa el riesgo de enfermedad. Un cambio mucho más acelerado y pronunciado que en los hombres.

«Todo invita a pensar que los medicamentos puedan metabolizarse de manera distinta en el organismo de las mujeres. No se han demostrado diferencias en eficacia, pero sí en toxicidades»

CELIA MIRALLES
UNIDAD DE VIH DEL HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO, VIGO





ESTIGMA

- "Las mujeres somos más juzgadas aún por nuestra libertad sexual. Debemos dejar de juzgar a una persona que se ha divorciado y ha tenido tres o cuatro parejas sexuales, eso no es un delito", advierte Celia Miralles.
- El estigma social es una penitencia más aguda en las mujeres que **se** agrava en aquellas con una **posición económica, social o cultural menos favorecida. Cándida Álvarez**, fundadora de la Asociación Gallega de Afectados VIH (AGAVIH), afirma que "las mujeres sufrimos un doble estigma: el de mujer y el de VIH". La asociación permite alzar voz a tantas mujeres que tienen que llevar su enfermedad en secreto por miedo al rechazo. "Sus creencias son profundas y creen que no pueden hacerlo, sienten que tienen que protegerse", explica Álvarez. Muchas mujeres viven sin dar a conocer a su entorno más cercano su condición de seropositivas. "Por supuesto, están en su derecho de compartirlo con quien deseen, pero es importante que trabajemos para que el motivo no sea el miedo".
- Muchas mujeres viven con culpa y arrastrando el peor de los estigmas, **el autoestigma.** "Yo he llegado a oír a muchas mujeres el horrible: me lo merezco. Se sienten sucias", cuenta Álvarez, que recuerda que la **incidencia de depresión** entre mujeres con VIH dobla a la de los hombres, según datos de la International Association of Providers of Aids Care (IAPAC).

4. Envejecer con VIH. Esa fragilidad que hay que frenar

Los nuevos tratamientos antirretrovirales han permitido igualar la esperanza de vida de los personas con VIH a la de la población general. Pero la comunidad médica trata ahora de averiguar de qué manera hacer frente a un envejecimiento acelerado. En 2030 el 75% de los pacientes infectados de VIH tendrá más de 50 años. Se hace imprescindible un abordaje global.

En los últimos diez años el porcentaje de pacientes con VIH mayor de 50 años ha pasado del 8% a más del 50%. Los modelos de predicción señalan que en 2030 la cifra alcanzará el 75%.

José Ramón Blanco, médico del Hospital San Pedro y del Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR) lleva años trabajando con este horizonte. "Lo que nos preocupa no es que se ganen años sino calidad de vida", explica. Y es que los pacientes sufren las mismas patologías que la población general, pero las sufren antes: "A un paciente con VIH se le considera de edad avanzada a los 50 años, cuando para la población general el corte está en los 65". Blanco habla de "fragilidad". Fragilidad entendida como el riesgo de una persona de padecer peor estado de salud que otra con la misma edad. Algo que tiene que ver con la debilidad, con la baja resistencia al esfuerzo, con la lentitud, con la baja actividad física, con la pérdida de peso... "Debemos al menos garantizar la autonomía de estas personas", concluye.

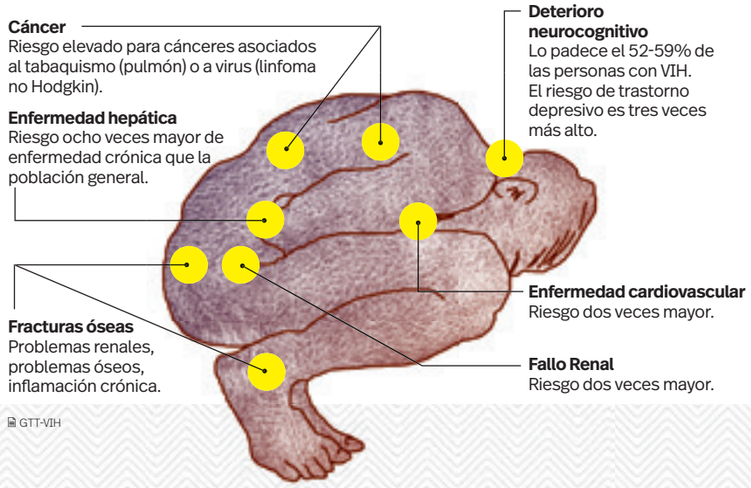
A juicio de este especialista, es imprescindible emprender un abordaje global del VIH, lo que significa sobre todo que atención primaria, geriatría y farmacia, entre otras áreas, trabajen coordinadamente. "No se puede atender este tema desde departamentos estancos. Con Primaria, debemos plantear un cambio de estilo de vida: dieta mediterránea, no al tabaco, vacunaciones, ejercicio... Primaria es también clave para evitar el diagnóstico tardío", explica. Y es que el VIH suele afectar mayoritariamente a gente joven, así que cuando se trata de gente mayor y sus síntomas coinciden con patologías asociadas a la edad es fácil que su diagnóstico se retrase. "No debemos olvidar que el 15% de los nuevos diagnósticos cada año corresponde a gente por encima de los 50 años", recuerda Blanco. Eso provoca que cuando el paciente llega a la consulta se encuentra en peores condiciones, por lo que su recuperación después del tratamiento suele ser más lenta. "Cáncer, problemas cardiovasculares, problemas renales, osteoporosis, deterioro neurocognitivo... Hay que frenar el envejecimiento de los pacientes", insiste.

75%

En 2030 el 75% de los pacientes VIH+ tendrá más de 50 años.

Mapa de la fragilidad

Comorbilidades por envejecimiento del sistema inmunológico



GTT-VIH

La infección por VIH se relaciona con una alteración del proceso fisiológico del envejecimiento en la que probablemente actúan variables como una mayor prevalencia de factores de riesgo (como el consumo de sustancias tóxicas), la toxicidad de los antirretrovirales (TAR) o la disminución inmunológica crónica. El envejecimiento del sistema inmunológico, o inmunosenescencia, provoca la aparición de un mayor número de comorbilidades, entre ellas el cáncer. El de pulmón y el de colon son dos de los más frecuentes, a los que se añaden lo que están asociados a algunas infecciones víricas como la hepatitis, relacionada con el cáncer de hígado, o el virus del papiloma humano, relacionado con el cáncer cervical y anal.

El deterioro neurocognitivo es otra de las comorbilidades que preocupan a José Ramón Blanco, que se queja de la falta de marcadores útiles como cuestionarios o tests para una detección rápida. Por el momento, se llevan a cabo entrevistas muy largas que consumen un tiempo del que no disponen. "Necesitamos saber si el paciente presenta problemas de concentración, de memoria, de ejecución de actividades, insomnio, incluso dificultades con la actividad de marcha", remarca. Blanco explica que los problemas cardiovasculares son también muy comunes. "Aunque controlamos la infección, siempre hay un estadio de inflamación de bajo grado que no da clínica, pero que hace que el organismo esté acelerado, que esté envejeciendo".

> «A un paciente con VIH se le considera de edad avanzada a los 50 años, cuando para la población general el corte está en los 65. Lo que nos preocupa no es que se ganen años sino calidad de vida»
>
> **JOSÉ RAMÓN BLANCO** MÉDICO DEL HOSPITAL SAN PEDRO Y DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE LA RIOJA (CIBIR)



¿Un ejemplo de todo lo anterior? Marisol

Marisol tiene 58 años, es seropositiva y vive en primera persona el envejecimiento acelerado del que habla Blanco. "Desde la menopausia caí en picado. Empecé con problemas vasculares. Envejezco antes, los achaques que otros tienen a los 60 yo ya los tengo. Es un cansancio infinito, no tengo energía para nada. Ando veinte metros y me canso, me falta el aire", se lamenta.

Marisol ahora mismo está en paro. Ha solicitado la incapacidad, pero no se la conceden. Le preocupa lo que le va a quedar de jubilación, ya que si no se opera es muy difícil que pueda volver a trabajar. Los médicos dicen que es una operación con demasiados riesgos, pero Marisol cree que tiene algo que ver con que es seropositiva. "Les digo que firmo lo que sea para que me operen, necesito volver a trabajar", insiste. Nuestra protagonista cuenta que no conoce a nadie de los de su generación con VIH que haya trabajado. "A todos nos concedían la pensión contributiva, pero yo renuncié a ella porque quería trabajar, tener una vida normal".

Marisol ha vivido un cambio radical en el pronóstico de la enfermedad. "Cuando empecé a ver por la tele lo del VIH, yo ya intuí que lo tenía. No había tenido cuidado. Compartíamos jeringuillas. En aquel tiempo no se le daba importancia a eso". Le diagnosticaron el virus cuando ingresó en prisión en Bélgica. Allí empezó con la medicación. "Tomábamos hasta 17 pastillas al día", recuerda. También ha vivido una evolución del estigma, pero éste aún le pesa. "Todavía hay gente que piensa que le vas a infectar estornudando, o que tiene miedo de que te pinches o te cortes con algo y le vayas a infectar". Por eso, siempre ha tenido mucho cuidado. "Sería muy triste que me dijeran que alguien se ha infectado por mi culpa. Ya sé que el médico dice que el virus está indetectable, pero yo sigo con el miedo..."

El estigma sigue presente en la tercera edad y a menudo estas personas tienen dificultades para encontrar y acercarse a otra gente con la que compartir sus inquietudes. La soledad y el aislamiento son problemas aún más preocupantes entre los pacientes con VIH. Algunos cuentan en consulta que durante semanas solo hablan con el personal sanitario que les da la medicación. Marisol ha tenido siempre buenos amigos que la han entendido y aceptado, pero le inquieta acabar en un residencia de ancianos siendo seropositiva. "Te aíslan, te ponen en un espacio especial que te estigmatiza... En teoría no debería pasar, pero hay gente que es muy ignorante", explica angustiada. "Hemos avanzado mucho en aspectos médicos, pero queda mucho camino por hacer a nivel social", concluye José Ramón Blanco.

Mundo/



«Para mí, la respuesta al VIH/Sida es una batalla por la gente. Por las mujeres jóvenes que no saben cómo protegerse y evitar el virus. Por los hombres que no pueden ni van a poder acceder a la atención sanitaria que necesitan. Por las personas transgénero que están siendo discriminadas. Y por los cientos de miles que mueren cada año a pesar de que el VIH es prevenible y tratable»

GUNILLA CARLSSON
DIRECTORA EJECUTIVA DE ONUSIDA

DISMINUYEN LAS INFECCIONES, PERO MÁS DESPACIO

37,9 millones de personas viven con VIH, pero sólo el 79% conoce su estado virológico, sólo el 62% tiene acceso al tratamiento antirretroviral y sólo el 53% ha alcanzado una carga viral indetectable.

Poco antes de la Conferencia IAS de México, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida) hacía público su último informe sobre el estado de la epidemia y la respuesta a la misma a nivel mundial. Siguiendo la tendencia de informes y años anteriores, el número de nuevas infecciones y muertes relacionadas con el sida sigue disminuyendo, pero lo hace a menor ritmo que antes. Y aunque el número de personas que recibe tratamiento antirretroviral aumenta, es casi imposible que en 2020 se alcance el objetivo marcado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ese ansiado 90-90-90.

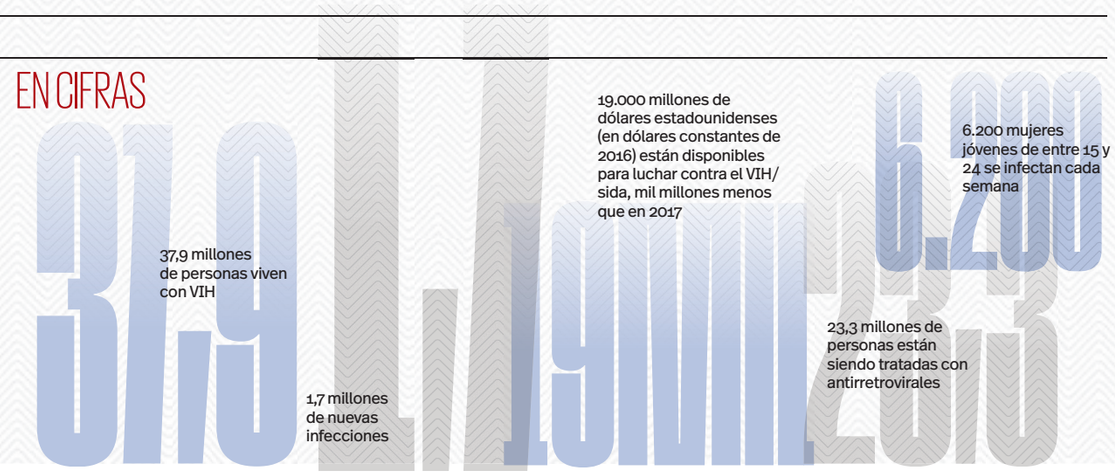
En septiembre de 2019, sólo seis países habían alcanzado o superado la meta, que como es sabido establece que el 90% de las personas con VIH conozca su estado serológico, que el 90% de ellas reciba terapia antirretroviral y que el 90% de las personas tratadas tengan una carga viral indetectable. Esos seis países son: Botswana, Dinamarca, Namibia, Países Bajos, Reino Unido, y Esuatini, anteriormente conocido como Swazilandia. La indetectabilidad total, es decir, el tercer 90, la habían conseguido en esa fecha 22 países: Alemania, Australia, Botswana, Camboya, Croacia, Dinamarca, España, Esuatini/Swazilandia, Finlandia, Francia, Irlanda, Islandia, Islas Comoras, Italia, Luxemburgo, Malawi, Myanmar, Namibia, Holanda, Reino Unido, Ruanda y Tailandia. Llama la atención que tres de ellos, los africanos Botswana, Eswatini y Namibia, sean países con una alta incidencia del virus. Once países del este y sur de África habían alcanzando al menos uno de los tres 90, por sólo cuatro en África central y occidental, y cinco en la región de Asia y Pacífico, donde la prevalencia es mucho menor.

Según los últimos datos disponibles, 37,9 millones de personas viven con el VIH en el mundo. De ellas, 8,1 millones (21%) no saben que están infectadas. 23,3 millones (62%) tienen acceso al tratamiento, cuando en 2010 la cifra era sólo de 7,7 millones. Y de esos 23,3 millones, el 86% ha logrado la supresión viral.

En 2018 registraron 1,7 millones de nuevas infecciones y 770.000 personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida. Las nuevas infecciones han caído un 49% y la mortalidad por sida un 33% en la última década. Pese a todo, o quizá por estas buenas cifras, como se indicaba más arriba, se observa una relajación a diferentes niveles que preocupa a los expertos. "Necesitamos de forma urgente contar con un mayor liderazgo político para acabar con el sida", afirmó Gunilla Carlsson, directora ejecutiva interina de Onusida, con ocasión de la última actualización de datos, este mismo año. Y dijo también: "Esto empieza por una inversión adecuada e inteligente y con un análisis de los factores que están haciendo que algunos países tengan tanto éxito. Es posible poner fin al sida si nos centramos en las personas en lugar de en las enfermedades, si establecemos hojas de ruta para las personas y las localidades que se han quedado atrás, y si adoptamos un enfoque basado en los derechos humanos para llegar a las personas más afectadas por el VIH".

En el último informe de Onusida se pone de relieve el impacto positivo que han tenido los programas comunitarios en la ampliación del acceso al tratamiento antirretroviral, el apoyo a la adherencia y la prevención de nuevas infecciones. Sin embargo, también se evidencia que el progreso se está ralentizando y que se ha producido de forma desigual. Además, se destaca que la financiación mundial a la respuesta frente al VIH ha descendido por primera vez. El apoyo de los donantes internacionales se redujo, y aunque más de la mitad de la financiación en países de ingresos bajos y medios provino de fuentes internas, éstas no bastaron para cubrir el descenso de financiación.

EN CIFRAS



Segundo paciente sin rastro de VIH tras un trasplante de células madre

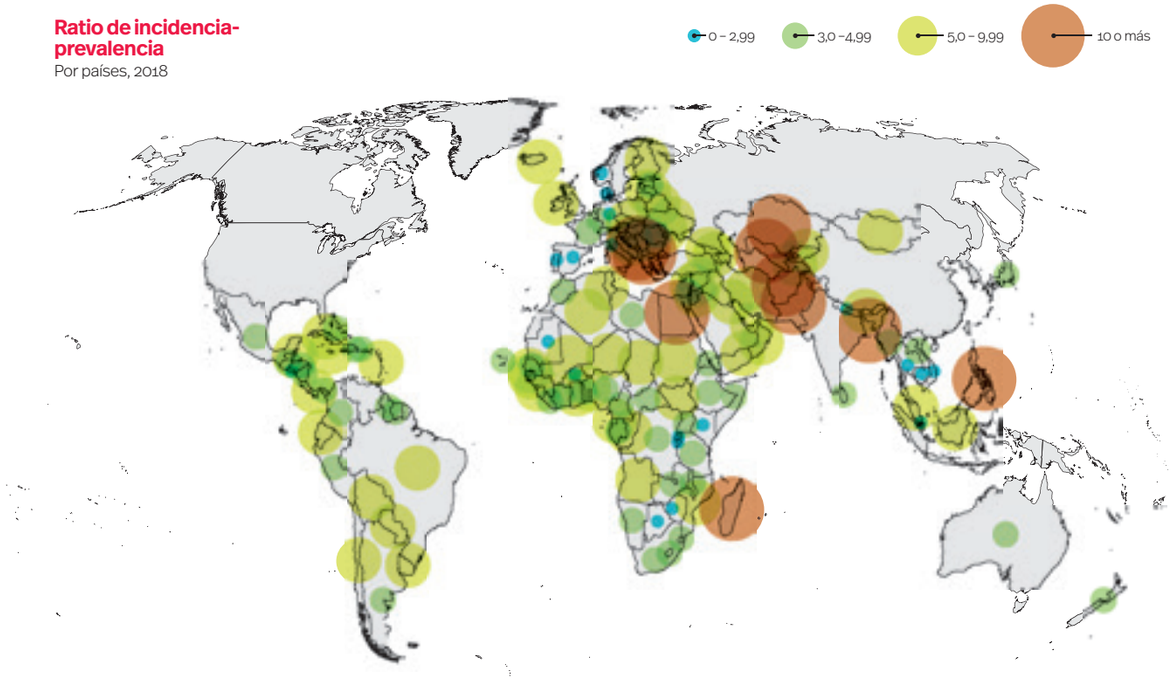
● Aunque la cura no existe hoy por hoy, después del denominado 'paciente Berlín', hace once años, la nueva esperanza es un varón británico al que se le diagnosticó VIH en 2003. En 2012 inició el tratamiento antirretroviral y en 2016 se sometió a un trasplante de células madre. Dieciséis meses después, los médicos le retiraron el tratamiento y hoy vive libre del virus y sin tomar antiretrovirales. Los expertos consideran que hay que frenar la euforia y que los resultados no son trasladables aún a la población general.

XVII Conferencia de la EACS

● Celebrada en noviembre en Basilea (Suiza) se ha hecho pública la décima edición de las Directrices de la Sociedad Clínica Europea del Sida. Su extensión es más del doble de la anterior, lo que refleja la complejidad de las necesidades que pretende abordar. Gran parte del material se ha elaborado teniendo en cuenta las necesidades de las personas mayores, dado el aumento de la edad media de los pacientes. Por ejemplo, incluye una lista con los diez medicamentos que un mayor con VIH debe evitar. También se tiene en cuenta por primera vez a las personas transgénero.

Ratio de incidencia-prevalencia

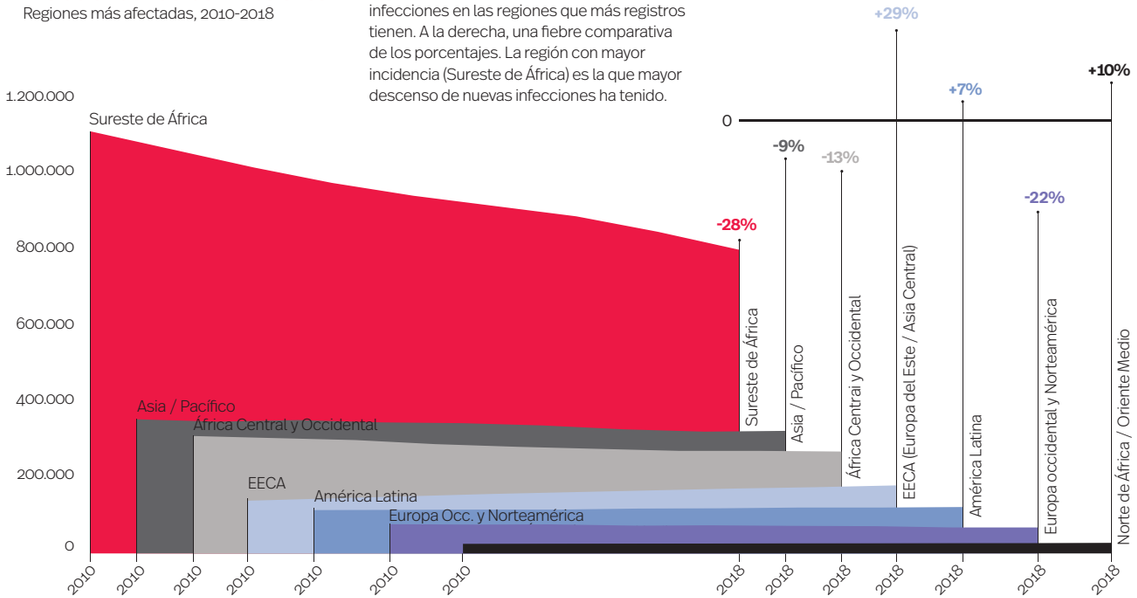
Por países, 2018



Evolución de nuevas infecciones

Regiones más afectadas, 2010-2018

El gráfico muestra la evolución de nuevas infecciones en las regiones que más registros tienen. A la derecha, una fiebre comparativa de los porcentajes. La región con mayor incidencia (Sureste de África) es la que mayor descenso de nuevas infecciones ha tenido.



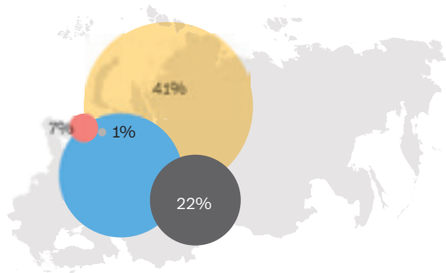
Infecciones por grupos de riesgo

Porcentaje, por regiones

- Mujeres Trans
- Trabajadores del sexo
- Personas que se inyectan drogas
- Gays y H–H
- Clientes o parejas de personas VIH+
- Resto

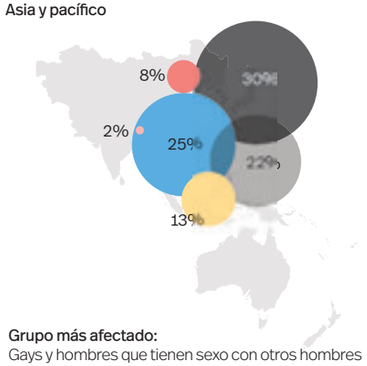
UNAIDS SPECIAL ANALYSIS, 2019

EECA



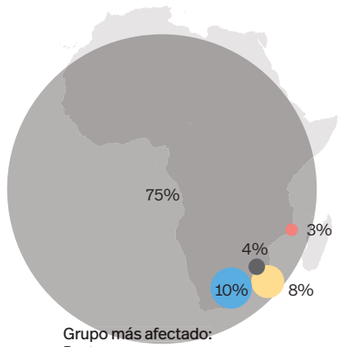
Grupo más afectado:
Personas que se inyectan drogas

Asia y pacífico



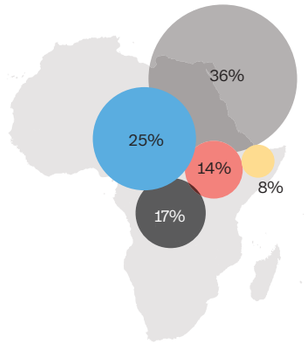
Grupo más afectado:
Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres

Sureste de África



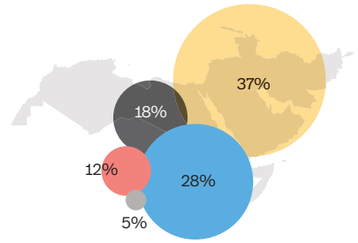
Grupo más afectado:
Resto

África occidental / Central



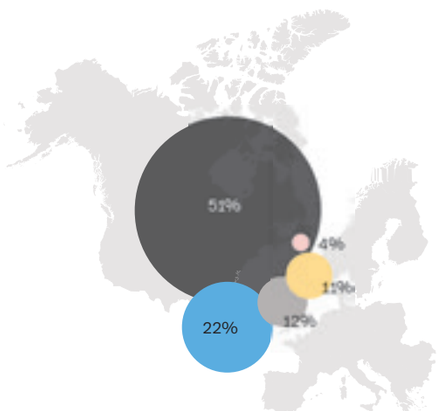
Grupo más afectado:
Resto

África del norte / Oriente medio



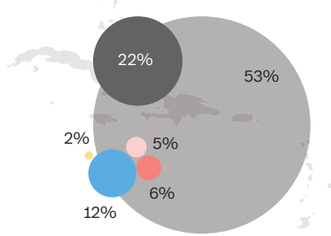
Grupo más afectado:
Consumidores de drogas inyectables

Europa occidental y Norteamérica



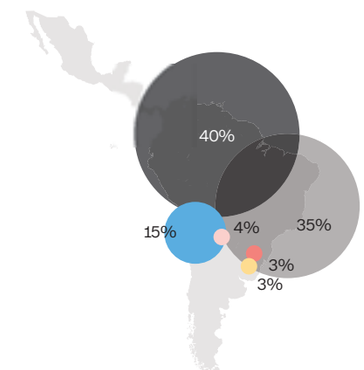
Grupo más afectado:
Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres

Caribe



Grupo más afectado:
Resto

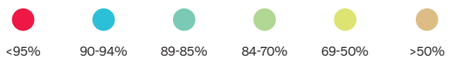
América latina



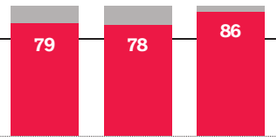
Grupo más afectado:
Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres

Objetivo 2020 por regiones

Porcentaje de personas diagnosticadas de VIH, en tratamiento, y con carga viral suprimida



Objetivo 2020. Estadística mundial por comparación con el objetivo 90-90-90 de Onusida para 2020.



1 Europa occidental / Norteamérica

Alemania	87	93	95
Andorra			
Austria		93	86
Bélgica			
Bulgaria	83	50	94
Canadá			
Chipre			
Croacia			
Dinamarca	90	95	95
Eslovaquia	69	78	86
Eslovenia			
España	86	93	90
Estados Unidos			
Estonia	83	71	90
Finlandia	91	84	88
Francia	88	92	93
Grecia			
Holanda	90	93	94
Hungría	90	62	
Islandia	80	95	95
Irlanda	90	89	95
Israel	87		
Italia	92	87	87
Kosovo			
Letonia			
Liechtenstein			
Lituania			
Luxemburgo	86	89	89
Malta			87
Mónaco		95	95
Noruega	95	84	
Polonia			
Portugal	89	95	
Reino Unido	92	95	95
República Checa	61	95	
Rumanía	87	78	80
San Marino			
Serbia	86	76	
Suecia		95	95
Suiza		95	95
Turquía			

2 Asia / Pacífico

Afganistán	38	34	
Australia			95
Bangladesh	37	60	
Bután	47	79	
Brunei		93	59
Camboya	82	95	95
China		83	94
Corea del Norte			
Corea del Sur			
Fiji			
Filipinas	76	57	
India			
Indonesia	51	33	
Islas Cook			
Islas Marshall			
Islas Salomón		95	77
Japón			
Kiribati		95	
Laos	85	64	87
Malasia	86	55	
Maldivas			
Micronesia			
Mongolia	38	86	79
Myanmar			92
Nauru			
Nepal	71	79	
Nueva Zelanda			
Niue			
Pakistán	14	69	
Palau			
Papúa Nueva Guinea	87	75	
Samoa		95	31
Singapur			
Sri Lanka			84
Tailandia	94	80	95
Timor-Leste			
Tonga			
Tuvalu			
Vanuatu			
Vietnam			

3 América latina

Argentina			
Bolivia			74
Brasil	85	77	94
Chile			
Colombia			
Costa Rica			
Ecuador	76	75	89
El Salvador	74	63	85
Guatemala	62	69	80
Honduras	60	85	83
México	76	93	89
Nicaragua			74
Panamá	70	76	76
Paraguay	71	57	79
Perú			
Uruguay	82	70	86
Venezuela			

4 Caribe

Antigua y Barbuda			
Bahamas			
Barbados			88
Belice	49	58	88
Cuba	83	86	67
Grenada			12
Guyana	93	73	81
Haití	67	86	
Jamaica			80
Rep. Dominicana			55
San Cristóbal y Nieves			60
San Vicente	70	47	81
Santa Lucía			35
Suriname	60	87	87
Trinidad y Tobago			

5 Este de Europa / Asia central

Albania		62	
Armenia	73	72	83
Azerbayán		71	75
Bielorrusia	79	74	69
Bosnia Herzegovina			
Georgia	59	84	85
Kazajistán	88	66	65
Kirguistán	68	64	68
Montenegro	55	73	93
Moldavia	54	63	77
Macedonia del Norte	59	91	86
Rusia			
Tajikistán	58	80	67
Turkmenistán			
Ucrania	71	73	93
Uzbekistán			

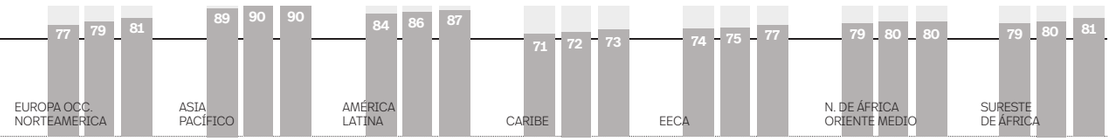
6 Norte de África / Oriente Medio

Arabia Saudí		94	94
Argelia	86	93	68
Baréin			
Djibouti			
Egipto			
Emiratos Árabes U.			
Irán	36	57	82
Iraq			
Jordania			
Kuwait	67	92	95
Líbano	91	66	92
Libia			
Marruecos	76	86	91
Omán	48	84	87
Qatar		95	73
Palestina			
Somalia			
Sudán	27	56	
Siria			
Túnez			62
Yemen			

7 Sureste de África

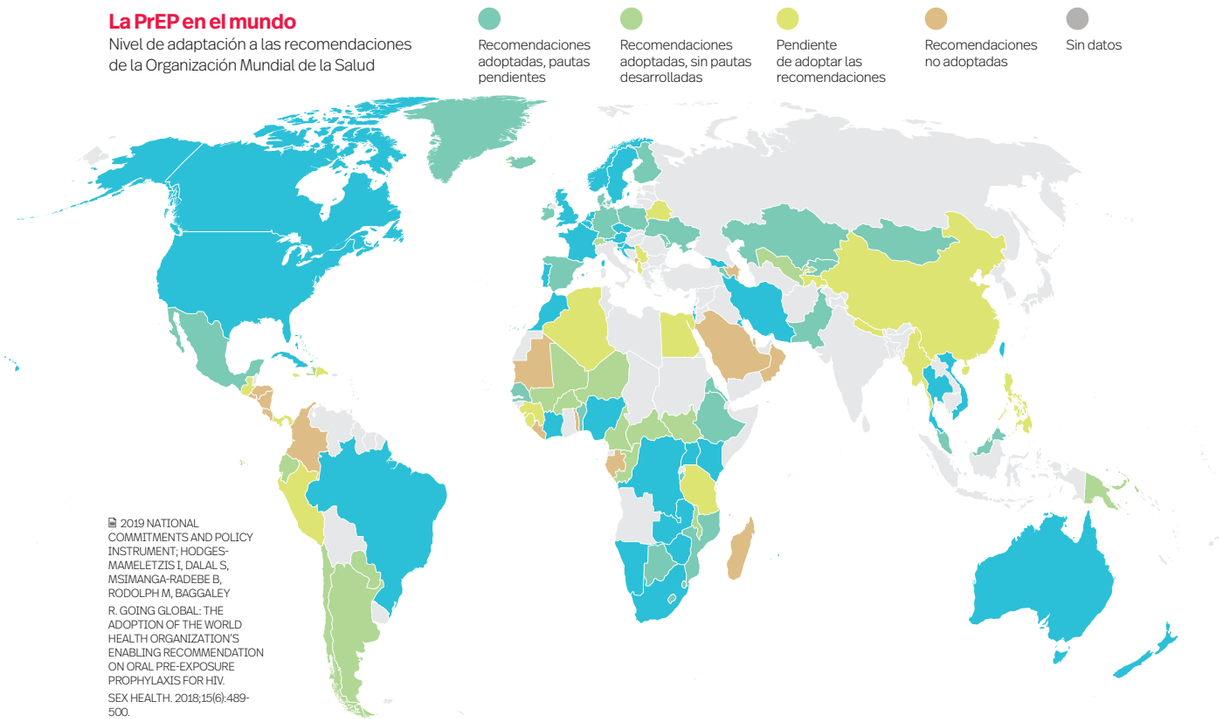
Angola	42	63	
Botswana	91	92	95
Comoros	86	91	86
Eritrea	82	62	77
Eswatini	92	93	94
Etiopía	79	83	
Kenia	89	77	
Lesotho	86	71	93
Madagascar	11	84	
Malawi	90	87	89
Mauritania	22	95	73
Mozambique	72	77	
Namibia	91	95	95
Ruanda	94	93	85
Seychelles		72	91
Sudáfrica	90	68	87
Sudán del Sur	24	66	
Tanzania	78	92	87
Uganda	84	87	88
Zambia	87	89	75
Zimbabwe	90	95	

UNAIDS SPECIAL ANALYSIS, 2019



La PrEP en el mundo

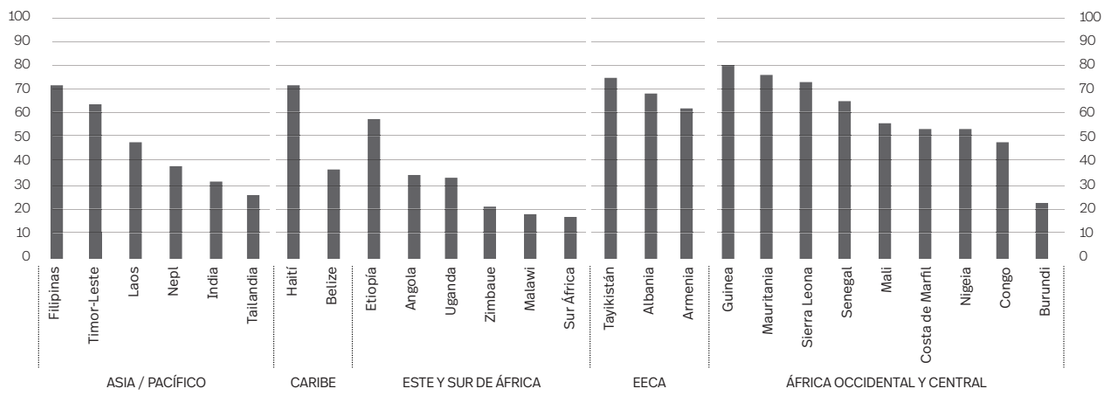
Nivel de adaptación a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud



2019 NATIONAL COMMITMENTS AND POLICY INSTRUMENT; HODGES-MAMELETZIS I, DALAL S, MSIMANGA-RADEBE B, RODOLPH M, BAGGALEY R. GOING GLOBAL: THE ADOPTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION'S ENABLING RECOMMENDATION ON ORAL PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS FOR HIV. SEX HEALTH. 2018;15(6):489-500.

Estigma y discriminación en el mundo

Porcentaje de población, por regiones, que reporta actitudes discriminatorias sobre personas que tienen el VIH, entre 2014 y 2018, basadas en un cuestionario que contiene las siguientes preguntas: "¿Comprarías verdudas a un vendedor que sabes que tiene VIH?" "¿Crees que niños que tienen el VIH deberían cuidar de niños con VIH negativo"? POPULATION-BASED SURVEYS, 2014-2018, COUNTRIES WITH AVAILABLE DATA.



POPULATION-BASED SURVEYS, 2014-2018, COUNTRIES WITH AVAILABLE DATA

España/

El Informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España, hecho público el pasado 28 de noviembre, confirma la tendencia global a la baja, sobre todo entre las personas que se inyectan drogas y heterosexuales.

Última hora. 3.244 nuevos diagnósticos en España en 2018

A punto de entrar en máquinas esta Revihsta, se conocieron los resultados del último Informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España, con datos actualizados a junio de 2019. El pasado jueves 28 de noviembre se daban a conocer las grandes magnitudes de la epidemia en nuestro país, que no registra grandes novedades: se confirma la tendencia general descendente de la última década, la vía sexual es el modo de transmisión principal y la transmisión entre los hombres que tienen sexo con otros hombres es la mayoritaria.

En 2018 se notificaron 3.244 nuevos diagnósticos de VIH, lo que supone una tasa de 6,94 por cien mil habitantes. Cuando se haga la corrección final por los retrasos en las notificaciones, se estima que la tasa será de 8,65 por cien mil. De ellos, el 85,3% corresponde a varones y la mediana de edad se sitúa en 36 años.

Por modo de transmisión, el 83,1% de los casos es de origen sexual. Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) suman el 56,4% de los casos de nueva infección notificados, mientras que el 26,7% se atribuye a heterosexuales y un 3,2% a personas que se inyectan drogas. En estos dos últimos grupos se consolida la evolución a la baja de informes anteriores. Entre los HSH, sólo desciende la tasa de los nacidos en España; la tasa entre los nacidos fuera de nuestro país vuelve a aumentar, como ya sucede desde 2016.

Por origen, el 37,6% de los diagnosticados es de fuera de España. Este porcentaje sube al 56,1% si se tiene en cuenta sólo a las mujeres. Los nacidos en América Latina constituyen el grupo más numeroso: 21,7%. La transmisión sexual entre HSH es dominante tanto en los casos procedentes de España como en los de Europa occidental y la propia América Latina. Sin embargo, las relaciones heterosexuales suman el 78,8% de los casos notificados entre personas nacidas en países subsaharianos.

Casi la mitad de los nuevos casos notificados en 2018 (el 47,6%) se considera diagnóstico tardío. Éste sigue siendo más alto entre las mujeres (56,9%) que entre los hombres. El diagnóstico tardío aumenta confirme se incrementa la edad: si entre los menores de 25 años supone el 29,5% de los casos, sube hasta el 64,6% entre los mayores de 50 años. El porcentaje de diagnósticos tardíos, que fue descendiendo ligeramente entre 2009 y 2016, permanece estable desde entonces.

Según las primeras conclusiones del Informe de Vigilancia Epidemiológica, las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en España son similares a las de otros países de la región Europea de la OMS, aunque superiores a la media de los países de la Unión Europea y de Europa Occidental.

Por lo que se refiere al sida, en 2018 se notificaron 415 nuevos casos. Tras la corrección, el informe considera que la cifra subirá a 468. Aunque ralentizada en los últimos años, también aquí se observa una clara tendencia descendente. Los hombres constituyen el 82,9% de esa cifra. La mediana de edad al diagnóstico está en 43 años. Llama la atención el hecho de que los HSH representen el 37,1% de los casos y los hombres y mujeres heterosexuales el 34,5%; es decir, ambos grupos comparten casi a partes iguales el grueso de los nuevos casos de sida en nuestro país. Desde el inicio de la epidemia, hace más de treinta años, y hasta el 30 de junio de 2019, España lleva contabilizados 88.135 casos de sida.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

Transmisión sexual: "Es necesario implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta vía, adecuándolas a las circunstancias

HSH: "Es el colectivo prioritario para los programas de prevención, especialmente el grupo entre 25 y 34 años donde las tasas son más elevadas"

Diagnóstico tardío: "Es esencial que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de que cualquier persona que realice prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es importante diagnosticar la infección lo antes posible"

Migrantes: "Sus características diferenciales hacen necesario diversificar los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de este colectivo, social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable"

UNIDAD DE VIGILANCIA DE VIH Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y SIDA EN ESPAÑA 2018: SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH Y REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA. PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA - D.G. DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN / CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA - ISCIII. MADRID; NOV 2019. HTTPS://WWW.MSCBS.GOB.ES/CIUDADANOS/ENFLESIONES/ENFTRANSMISIBLES/SIDA/VIGILANCIA/DOC/INFORME_VIH_SIDA_2019_21112019.PDF (ÚLTIMO ACCESO: NOVIEMBRE 2019)

EN CIFRAS

3.244	nuevos casos de VIH en 2018.
85,3%	de los nuevos casos corresponde a hombres.
36 años	es la mediana de edad de los nuevos diagnosticados.
83,1%	de los casos es por transmisión sexual.
56,4%	de los nuevos casos se da entre HSH.
37,6%	de los nuevos casos de VIH corresponde a personas nacidas fuera de España.
47,6%	de los nuevos casos de VIH presentó diagnóstico tardío.
415	nuevos casos de sida en 2018.
88.135	casos de sida en España desde el inicio de la epidemia.

España acuerda financiar la profilaxis preexposición a partir del 1 de noviembre de 2019. Se dispensará en farmacia hospitalaria y en centros asistenciales autorizados. Es un paso adelante importante que venían reclamando todos los agentes involucrados, aunque su verdadera eficacia depende de más factores

Luz verde a la PrEP

Julia del Amo, directora del Plan Nacional sobre el Sida, adelantó el desenlace en octubre, en la apertura del XI Congreso de Cesida: "Se ha dado el último paso, que era la Comisión Interministerial de Precios, en el que ha habido un acuerdo favorable para la inclusión de la PrEP en la cartera de servicios pública". El Ministerio de Sanidad anunció finalmente el 1 de noviembre la financiación de la profilaxis pre-exposición, administrada por vía oral y diariamente, como parte de prevención del virus en personas de alto riesgo. La dispensación del medicamento tendrá lugar en los servicios de farmacia hospitalaria o en centros asistenciales autorizados. Dependiendo del cotizante, los usuarios tendrán que pagar entre un 10% y un 60% del precio de venta. "Este acuerdo tiene que estar por encima de cualquier valoración política, es una medida de salud pública y hay sobrada evidencia científica de que la PrEP previene la adquisición del VIH", dijo Del Amo.

«Es una medida de salud pública. Hay sobrada evidencia científica de que la PrEP previene la adquisición del VIH»

JULIA DEL AMO, DIRECTORA DEL PLAN NACIONAL PARA EL SIDA



La PrEP está vigente hace tiempo en Estados Unidos y en algunos países de Europa como Reino Unido. Sin embargo, como reconoce la propia **Rosalind Coleman**, experta en profilaxis de Onusida, "la enorme variedad de formas en que el programa se presenta (en Reino Unido) demuestra claramente que no hay una sola estrategia de profilaxis previa a la exposición que resulte válida para todos los países". Y es que, por ejemplo, mientras en Escocia la PrEP está disponible de manera gratuita en clínicas dedicadas a la salud sexual, en Inglaterra no se encuentra disponible de manera rutinaria y las compras online en otros países se han disparado.

Y aquí, en cómo administrar la PrEP, cómo hacer un correcto seguimiento de la misma y cómo a la vez promover prácticas sexuales seguras, es donde los especialistas tienen más dudas. La PrEP es eficaz, y así lo han corroborado diversos estudios. Pero la adherencia es clave para llevar una eficacia general observada del 40-50% a más del 90%, según informa GTT. Y además no protege de otras infecciones de transmisión sexual. "No es simplemente dar una pastilla. Hay que hacer una intervención psicosocial, evaluar el riesgo, ver las situaciones personales, dar apoyo psicológico y

que no sea excesivamente complicado para el usuario", subraya **Ramón Espacio**, presidente de Cesida.

El primer estudio europeo sobre la persistencia en la PrEP (PREVENIR, francés), centrado en hombres gais, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres de la región de París, fue presentado el mes pasado en la XVII Conferencia Europea del Sida (EACS 2019), celebrada en Basilea. Ese estudio, realizado por el instituto Inserm sobre 3.000 personas, revela que un 16% de los participantes dejó de tomar la PrEP antes de un año y que el 32% había interrumpido la profilaxis después de treinta meses. Muestra también una tasa de persistencia de la PrEP mayor que la que arrojaban estudios previos. La mayoría de los que interrumpieron el tratamiento no avisó a sus médicos y tres cuartas partes afirmaron que ya no se sentían en riesgo de infección por el VIH. Los hombres más jóvenes (25 años o menos), las personas con un menor nivel educativo y los hombres que nunca habían tomado la PrEP con anterioridad fueron más propensos a interrumpir la PrEP, según el estudio, que concluye que la situación económica no influyó en la persistencia.

La cuestión es compleja. Decía Rosalind Coleman en septiembre: "Se debería proporcionar y promover un acceso al apoyo clínico, a las pruebas y a las consultas de seguimiento, las cuales constituyen una parte fundamental del servicio dedicado a la profilaxis previa a la exposición". Espacio asegura en cambio que, "si se hace bien, la PrEP puede atraer al sistema nacional de salud a personas con prácticas de riesgo".

La PrEP aprobada en España contempla los siguientes perfiles de usuarios: hombres que tienen sexo con hombres y transexuales sin VIH mayores de 18 y trabajadoras del sexo sin VIH que cumplan algunas condiciones (ver recuadro adjunto). Existe preocupación, sin embargo, sobre otros perfiles de riesgo que puedan quedar excluidos. GTT-VIH recomienda incluir alguno de esos otros perfiles. "Esperamos que los criterios se adapten de forma más individualizada al riesgo real que tiene una persona de adquirir VIH, independientemente de su orientación sexual o de lo que fuera", asegura Ramón Espacio.

Además, queda pendiente cómo cada comunidad autónoma va a protocolizar el acceso a la PrEP, sobre todo en lo que se refiere a los denominados centros asistenciales autorizados, que serían —según parece— centros especializados en ITS o centros comunitarios vinculados a algún hospital, como es el caso del BCN Check Point, que asegura haber reducido en un 76% las nuevas infecciones en el colectivo desde 2017 gracias a la profilaxis. También está por definir y planificar la estrategia de seguimiento. A este fin, el organismo que dirige Julia del Amo coordina en la actualidad un grupo de trabajo en el que participan representantes de las comunidades autónomas, sociedades científicas y de la sociedad civil".

El Ministerio de Salud estima que 17.000 personas se van a beneficiar de la medida. En España, la cifra de nuevos diagnóstico se mantiene estable en torno a los 4.000, con una incidencia superior a la media europea.

¿QUIÉN PUEDE ACCEDER A LA PREP FINANCIADA EN ESPAÑA?

- Hombres que tienen sexo con hombres y personas transexuales sin VIH mayores de 18 años que cumplan, al menos, dos de los siguientes criterios en el último año: más de diez parejas sexuales diferentes, práctica de sexo anal sin protección, uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones y una ITS bacteriana.
- Trabajadoras del sexo sin VIH que refieran un uso no habitual del preservativo

«Creemos que la PrEP va a servir como catalizador de toda la respuesta que necesitamos, que es diagnosticar pronto o tratar a todo el mundo con VIH para romper con la cadena de transmisión»

«No es simplemente dar una pastilla. Hay que hacer una intervención psicosocial, evaluar el riesgo, ver las situaciones personales, dar apoyo psicológico y que no sea excesivamente complicado para el usuario»

RAMÓN ESPACIO PRESIDENTE DE CESIDA





REVISTA LO+POSITIVO | ©LUCÍA ANTEBI

La asociación catalana, fundada en 1997, es una referencia para profesionales, organizaciones comunitarias y políticos, sobre todo **a través de su web www.gtt-vih.org**. Este año Seisida la reconoció con el premio Teresa Pelayo.

GTT: RIGOR Y COMPROMISO

Invita a aprender. A cuidarse. A actualizarse. A consultar dudas. A participar.

Proporciona atención, información y acompañamiento desde una perspectiva comunitaria con el fin de que los afectados por el VIH, ITS y hepatitis virales, y por sus tratamientos, sean capaces de tomar sus propias decisiones en lo que se refiere a su salud y puedan vivir el mayor tiempo posible con la mejor calidad de vida posible.

Y además lo hace con ética y transparencia. Con profesionalidad. Con rigor informativo. Actualizándose continuamente. Con sentido creativo e innovador. Asumiendo en toda su amplitud que lo que ofrece es un apoyo entre iguales. Y que, en última instancia, se trata de la defensa de los derechos humanos.

El **Grupo de Trabajo sobre Tratamientos de VIH (GTT)** es una asociación sin ánimo de lucro que desde 1997 se ha labrado un prestigio merecido. En todo este tiempo, ha suministrado información muy valiosa a pacientes. Su trabajo ha estado basado siempre en un diálogo fecundo donde se entrecruzan lo científico, lo político y lo social con el propósito de fortalecer los niveles de sensibilización y conciencia y obtener recursos para hacer frente a la epidemia. No es extraño, por tanto, que el premio Teresa Pelayo, que otorga anualmente la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida (Seisida), haya recaído en 2019 en el GTT. "Por su trayectoria y su labor de formación e información seria y rigurosa sobre el virus desarrollada durante más de dos décadas", según expuso el jurado. El galardón se entregó en el marco del XIX Congreso Nacional del Sida y otras ITS, que se desarrolló en Alicante del 3 al 5 de abril pasados.

Fundado en Barcelona justo cuando acababan de aparecer los primeros tratamientos antirretrovirales de larga duración, GTT nació en medio de un enorme optimismo, pero también para dar pelea. "El hito de los TARGA vino acompañado en un primer momento de una escasez de información veraz y contrastada en español dirigida tanto a las personas con el VIH como a los profesionales sanitarios que se ocupaban de su cuidado. Durante estos veinte años, hemos mantenido siempre como eje fundamental de todos nuestros servicios y proyectos la voluntad de proporcionar a las personas con el VIH o en riesgo de adquirirlo la información necesaria para que puedan involucrarse, si así lo desean, en su propio cuidado".

Casi todo ha cambiado desde entonces. La epidemia no es mortal sino que se ha cronificado. La sociedad mira el VIH de otra manera y las personas que viven con el virus ya no sólo aspiran a sobrevivir. Han surgido otras demandas y necesidades. También llegó la crisis, y con ella el cierre de la revista trimestral impresa *Lo+Positivo*, que durante 16 años y 53 números, una tirada de 20.000 ejemplares y distribución nacional, quiso ser "compañera de viaje para sus lectores" y "proporcionar luz" a pesar de lo largo, sinuoso, oscuro e incluso inhóspito de ese viaje. Hoy, con menos recursos y sin la revista, GTT prosigue imperturbable. Convencida de su labor. Con los mismos criterios. Independencia, que no neutralidad. Rigor, que no tibieza ni equidistancia. "Si bien intentamos ponderar los puntos de vista, nuestra perspectiva no es neutral. Tomamos partido. La visión de las personas que viven con VIH y de su entorno es prevalente. Sus historias y sus vivencias las colocamos en un lugar privilegiado. No por vanidad sino para contrarrestar la exclusión y la vulnerabilidad que experimentan poblaciones enteras", subrayan.

La divulgación, función esencial de GTT, sigue siendo por tanto clave. Ahora la hacen, fundamentalmente, a través de la página web www.gtt-vih.org, un sitio de referencia entre profesionales e investigadores sanitarios, organizaciones comunitarias, laboratorios farmacéuticos y políticos. Sólo en esa web, la actividad del GTT es frenética. Así consta en su memoria de actividades correspondiente a 2018, la última editada hasta la fecha: 2.322 personas atendidas y 54.282 visitas en el servicio digital de consultas, 98.399 fichas de InfoVIHtal descargadas, 1,6 millones de visitas al sitio web, 4.640 suscriptores a la Noticia del Día y 5.978 al boletín digital, 27.657 visitas de 104 países al buscador Infodrogas-VIH…

La sección 'La Noticia del Día', la más popular de la web, cosechó en 2018 un total de 375.102 visitas. Se publicaron 214 de esas noticias, a cuyo boletín están suscritas 4.640 personas. Noventa sitios las replicaron en alguna ocasión. La más leída fue ésta: "AIDS 2018. El estudio PARTNER confirma que los hombres gais con carga viral indetectable no transmiten el VIH".

288.415

Euros de presupuesto

Ingresos totales obtenidos por GTT en 2018. El 51,9% procedió de organismos públicos y el 48,1% del sector privado, este último aportado fundamentalmente por donantes y compañías farmacéuticas, entre ellas Gilead. La asociación registró un superávit de 12.764 euros.



PREMIO TERESA PELAYO El Grupo de Trabajo sobre Tratamientos de VIH recoge el premio.

LOS DATOS DE GTT EN 2018



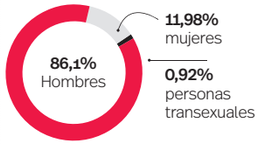
GTT-2018 Resumen, en cifras

PERSONAS ATENDIDAS EN CONSULTAS	FICHAS DE INFOVIHTAL **Nº DE Ddescargas**	VISITAS AL SITIO WEB **WWW.GTT-VIH.ORG**
2.322	**90.399**	1.666.187

TARJETAS SANITARIAS TRAMITADAS	TESTIMONIOS PERSONALES PUBLICADOS EN LA WEB	CONSULTAS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS
26	186	**10.710**

ÁREA ATENCIÓN

Atendidos por género



Consultas por medio

EMAIL	32,01%
WHATSAPP	25,71%
TELÉFONO	20,97%
FACEBOOK	12,42%
PRESENCIAL	8,07%
OTROS	0,82%

ÁREA INFORMACIÓN

Cifras

6.000

guías 'Slamming' impresas.
30.000 cuadrípticos '¿Acabas de saberlo? ¡Habla con tu médico!
5.000 suscritos a la newsletter

Visitantes a la web por origen

ESPAÑA	24,54%
MEXICO	21,11%
COLOMBIA	10,95%
ARGENTINA	9,97%
RESTO S.AMERICA Y EEUU	24,21%
RESTO DEL MUNDO	11,25%

ÁREA EDUCACIÓN Y TRANSF. DEL CONOCIMIENTO



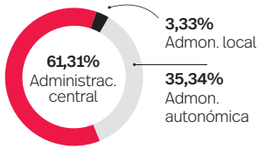
Formación en España

CHARLAS FORMATIVAS	17
JORNADAS / CURSOS FORMACIÓN	3
ASISTENCIA A CURSOS	25

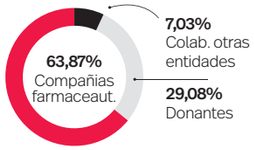
Madrid **16** / Barcelona **15** / Santiago **2** / Bilbao **2** / Valencia **2** Zaragoza **2** / Castellón **2** / Lleida **1**

INGRESOS Y GASTOS

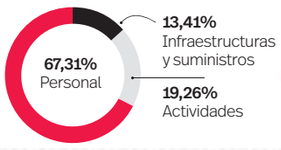
Ingresos Públicos: **149,745€**



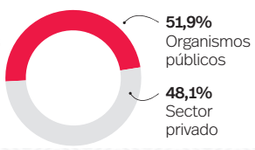
Ingresos privados: **138,669€**



Gastos totales: **275,651€**



Procedencia de los ingresos



Pero hay más. La asociación ofrece también atención y material de divulgación médica. El año pasado editó cuatro guías monográficas: 'Slamming' (de la que se imprimieron 6.000 ejemplares); 'La hepatitis C se puede curar' (25.000 ejemplares), '¿Acabas de saberlo? ¡Habla con tu médico!' (30.000 ejemplares) e 'Indetectable=Intransmisible'. Distribuyó fichas multilingües dirigidas a población inmigrante: un total de diez que llegaron a 216 entidades y 129 centros penitenciarios. Informó de todas las novedades sobre tratamientos: 4.939 personas están suscritas a sus boletines y noticias, que se alimentan de lo que publica la organización británica National AIDS Manual (NAM). Impartió cursos y charlas formativas: 3 y 17 respectivamente, en ocho ciudades. Fue interlocutor con agentes científicos, políticos y sociales de toda índole e impulsó temas clave en la agenda comunitaria. Cooperó con otros grupos nacionales e internacionales, con los que mantiene numerosos convenios. Investigó y publicó: tres estudios de investigación social sobre profilaxis preexposición, cronicidad y envejecimiento. Consiguió 26 impactos directos en medios. Y tuvo presencia constante en congresos y jornadas.

Pero la actividad de GTT va más allá de la información y de la divulgación. Desarrolla también, por ejemplo, proyectos para comunidades con VIH y poblaciones vulnerables tanto en España como en América Latina. En 2018 abrió una delegación en Madrid. Allí, tres profesionales (una responsable, un educador para la salud y una abogada) proporcionan un servicio de acogida a inmigrantes con VIH sin acceso temporal a la atención sanitaria. Y un total de 1.093 personas fueron atendidas gracias al programa de apoyo a la adherencia dirigido a población inmigrante, gran parte de ellas de manera presencial.



Hacerse mayor con el VIH

● Una edición especial de la revista *Lo+Positivo* vio la luz en 2017, cuatro años después de su clausura, con motivo del vigésimo aniversario de GTT. Se imprimieron del número 16.000 ejemplares. El título de portada, "Hacerse mayor con el VIH", es tremendamente significativo: se calcula que en España casi el 50% de las personas con el VIH supera los 50 años de edad. Con ese mismo título, se desarrolló un estudio cuantitativo y cualitativo para:

- describir las características biopsicosociales de la primera generación de personas con VIH que se han hecho mayores en España tomando tratamiento antirretroviral;
- detectar las necesidades no cubiertas en la atención social y sanitaria;
- averiguar cuáles son sus expectativas sobre diversos temas que les afectan;
- y elaborar recomendaciones y darlas a conocer a los artífices de las políticas sanitarias y responsables políticos.

● Para la parte cuantitativa del estudio, se realizó un cuestionario en formato distribuido a través de los canales de comunicación habituales de GTT. Incluía 68 preguntas agrupadas en seis grandes apartados: datos demográficos, estado de salud, situación económica, atención sanitaria y social, bienestar y perspectivas de futuro. Para la parte cualitativa, se realizaron 25 entrevistas en profundidad.

El estudio, en cifras

- El **56%** de los encuestados dice que su estado de salud es bueno.
- El **34%** reconoce tener el colesterol/triglicéridos alto y el **39%** sufrir problemas óseos o articulares. Ansiedad y depresión afectan al **23%**.
- El **47%** toma analgésicos o antiinflamatorios, el **37%** drogas recreativas y el **26%** sedantes o ansiolíticos.
- Sólo el **49,5%** trabaja.
- El **33%** dice que se siente comprendido por su médico especialista, el **53%** que tiene los conocimientos adecuados y el **52%** que maneja bien su caso.
- El **23%** ha contado su situación a entre 2 y 5 personas, el **5,65%** a una persona y el **4,44%** a ninguna.
- El **69%** confiesa sentirse preocupado por envejecer con VIH.
- Sólo un **11%** participa en servicios o programas dirigidos a mayores con VIH ofrecidos por ONGs.
- El **20,7%** asegura sentirse aislado.
- Debido al VIH, el **27%** siente vergüenza, el **28%** culpa, el **36%** tiene baja la autoestima, al **35%** le da miedo de que hablen a sus espaldas y el **52%** confiesa miedo a ser rechazado en sus relaciones sexuales.

«Tenemos que tomar la iniciativa, opinar, visibilizarnos. Veo a las ONG demasiado institucionalizadas. La clave es que las personas con el VIH sean protagonistas del trabajo que se hace»

Josep Maria, 49 años, protagonista de la portada del número 2 de *Lo+Positivo*. Formado en Trabajo Social y Antropología. Activista.

«La palabra superviviente no es exagerada. Teníamos una perspectiva de vida muy corta. Hemos visto morir mucha gente y vencer todos los pronósticos. Me he sentido muchos años culpable de lo que tenía»

Tana, 56 años.

«He vivido 20 años con fármacos, ¡llenarían dos campos de fútbol! Las personas supervivientes vemos la vida con colores más fuertes»

Tati, 64 años. protagonista de la portada del número 3 de *Lo+Positivo*. En 2001 terminó la carrera de Arquitectura. Tiene tres nietos.

«Hemos notado mucho los recortes. Ahora nos hacen ir más al médico de cabecera, antes el especialista en VIH podía derivar más. La serofobia sigue existiendo. Cuando voy al dentista o al quirófano del hospital, aún me dejan para la última»

Giusepeta, 52 años.

«Lo básico para la calidad de vida es la libertad, y aprender a no tener miedos, incluso si estás enfermo. Yo he tenido suerte con los médicos, pero formamos parte de una generación que es como si hubiéramos estado en Vietnam»

Alejandro, 64 años, protagonista del número 12. Cree que las ONGS deberían sumar fuerzas.

«ME PASA LO QUE LES PASA A TODOS, QUE NO TENEMOS PAREJA. ¿DÓNDE LA BUSCAS? ¿CUÁNDO LO DICES SI ENCUENTRAS A ALGUIEN? CADA VEZ ES MÁS COMPLICADO»

Ander, 58 años, homosexual, sevillano, diagnosticado de VIH en 1995.

«Tengamos presentes a las personas que, en nuestra situación, han tirado la toalla. Muchas veces porque sentirse solas, rechazadas por la sociedad. Por suerte, también hay otras que tiran adelante con gran fuerza y, cada vez más, parejas serodiscordantes»

Elena, 46 años, protagonista de la portada del número 9.

«No saben la emoción que fue para mí encontrar esta página y poder leer y reflexionar sobre las diferentes historias que aquí escriben. Me animé a escribir y a contar mi relato porque leí historias con las cuales me identifiqué mucho y espero que la mía también le sirva a alguien»

Pepe, 36 años, mexicano.

SUPERVIHVIENTES, PROTAGONISTAS EN LA HISTORIA DE GTT*

*Testimonios tomados del número especial de *Lo+Positivo*, que GTT editó en 2017 con motivo de su vigésimo aniversario, y de la Memoria 2018 de la entidad.

Entrevista/ Juanse Hernández lleva toda una vida dedicada a ayudar a las personas que viven con VIH. Lo hace armado de la más rigurosa información científico-médica y de una extraordinaria dosis de empatía. Lucha junto a todas las personas que se acercan a GTT en busca de unas respuestas, una compañía y comprensión que difícilmente encuentran en ningún otro sitio.

Juanse Hernández: "Hay que empezar el tratamiento convencido. La adherencia influye igual o más"



Celebran 20 años de GTT, un proyecto que no ha parado de crecer desde sus comienzos y que hoy, solo en su web, recibe más de 1.666.000 visitas al año. ¿Qué es lo que les ha hecho crecer tanto?

R: Hay varias claves. Una es la independencia. Haber divulgado información científica y médica sobre los tratamientos sin ninguna presión externa nos ha valido el reconocimiento de los pacientes. Otra de las claves es la evidencia científica: nuestra web está avalada por un sello de calidad de Health Net, que reconoce que ningún contenido pone en riesgo la salud de las personas. También creo que en este crecimiento ha tenido mucho que ver la buena comunicación, que empezó de manera epistolar. Recuerdo aún la cantidad de cartas que recibíamos desde la cárcel. Somos la única entidad que trabaja en este ámbito en español, lo que también nos ha valido el reconocimiento al otro lado del Atlántico. La comunicación fluida a través de internet y WhatsApp nos ha permitido que tengamos una buena relación con la gente, que nos hagan preguntas que no hacen a sus médicos. Una persona que está bien controlada, que no tiene ninguna enfermedad, que es regular... visita a su médico dos veces al año, por lo que cuando tienen una duda, aunque pueden llamar o acercarse, nos contacta a nosotros.

P: ¿Cómo ha cambiado el perfil de la persona que se acerca a GTT?

R: Ha cambiado muchísimo. Las personas diagnosticadas antes del tratamiento antirretroviral planteaban su vida a corto plazo. Ahora, vienen con otros problemas que tienen que ver más con las comorbilidades o con problemas asociados a envejecer, como la soledad, que en el caso de estas personas es más frecuente. También se acercan los nuevos diagnosticados. Afortunadamente, las cosas han cambiado y ahora aceptar el diagnóstico es más fácil, lo que no quiere decir que sea sencillo. Esta gente sigue llegando con estereotipos que se perpetúan en nuestra sociedad: hay mucha gente que sigue pensando que VIH es sinónimo a sida y que éste es una sentencia de muerte.



«No podemos olvidar a todas esas personas que actúan según unas pautas que no son las nuestras, o que no son las normativas»

P: Ustedes dicen que no siempre hay que comenzar el tratamiento de manera precoz.

R: Los médicos siempre dicen que la gente ha perdido el miedo al sida, pero eso no es así. El hecho de que cada año haya más de 4.000 nuevos casos es mucho más complejo que eso. La gran mayoría de los recién diagnosticados entra en estado de shock, viven un drama, y ese drama hay que asumirlo, hay que aceptarlo. Nosotros les explicamos que con el tratamiento conseguirán preservar su nivel de defensas, lo que es bueno para ellos, sobre todo de cara al fututo. Pero también les decimos que si no se lo toman en el momento del diagnóstico, estando bien de salud, no pasa nada. Lo importante es que cuando empiecen lo hagan convencidos. Lo que a la larga también influye en la adherencia.

Ahora se recomienda empezar el tratamiento de forma inmediata, pero hay muchas personas a las que se les hace un mundo. Hay que respetar a cada persona, su espacio. Lo importante hacer un seguimiento, saber que no está empeorando, y en caso de que lo haga, sí se le recomienda el inicio del tratamiento.

P: ¿Sigue existiendo el estigma?

R: Sí, y también la discriminación. Sigue habiendo estereotipos asociados y una visión de "te lo has buscado", "es por haber tenido una vida depravada", etcétera. No sabes hasta qué punto hay gente que sufre sabiendo que tiene que ir a la consulta y allí le puede ver otra persona, que se culpan durante años... La doctora María José Fuster lo dice en sus estudios.

P: ¿Qué debemos hacer para romper con esta dinámica?

PERFIL

- Activista y defensor de los derechos de las personas con VIH y/o hepatitis víricas, la trayectoria profesional de **Juanse Hernández** se centra en la coordinación y edición en el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (GTT).
- Es fundador y miembro del Foro Español de Activistas en Tratamientos del VIH (FEAT), participa de forma activa en la defensa y promoción de los derechos de las personas con VIH, especialmente de los relacionados con la salud, a través de redes comunitarias de ONG de ámbito autonómico (Comité 1r de Desembre / Plataforma Unitaria de ONG de VIH/sida en Cataluña,) nacional (Coordinadora Estatal de ONG de VIH/sida) y europeo (European AIDS Treatment Group).
- Es miembro del Comité Científico de la Cohorte PISCIS y del Comité Científico de la Cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS).



R: Debemos cambiar la concepción de VIH y no hablar de enfermedad infecto-contagiosa, como puede ser la tuberculosis, sino infecto-transmisible. Y hablar de indetectable = intransmisible. Las autoridades sanitarias lo han dicho bien alto, nosotros estaremos aquí impulsando ese mensaje. Así, conseguiremos derribar estigmas y eliminar las restricciones que existen, como las que perduran para acceder a determinados puestos de trabajo o residencias de la tercera edad, por ejemplo. Una realidad que les pilla muy de cerca a muchas de las personas que atendemos.

P: La gente, cuando viene, ¿sabe que indetectable es igual a intransmisible?

R: La gente que lleva tiempo con nosotros, que nos lee, que recibe nuestras noticias… lo sabe, pero es cierto que hay personas que aún así tienen dudas, que igual están con una pareja serodiscordante y quieren abandonar el preservativo, pero les da miedo o les da miedo tener un hijo.

P: Destacan ustedes frecuentemente el papel de las enfermeras.

R: Hacen un papel maravilloso y, sin embargo, son las grandes olvidadas. Acompañan al paciente recién diagnosticado para arroparle, para estar con él e informarle en un momento tan crítico…

P: ¿Cómo ayudan en la adherencia al tratamiento?

R: Hay gente que cuando lleva mucho tiempo con el tratamiento sufre alguna crisis y se empieza a replantear todo. Entonces, tratamos de dar un apoyo psicológico, insistiendo en los beneficios. En este sentido, hay que tener en cuenta la interacción. Nos llaman mucho por esto, porque a veces en el hospital no se les da respuestas o el médico de cabecera les ha prescrito un tratamiento que interactúa con el de VIH porque no conoce la infección, ni tampoco se lo ha dicho el paciente.

P: La sección 'Historias' es una de las más queridas de la revista…

R: Para muchos pacientes, narrar su historia se convierte en una auténtica terapia. Personas que viven el VIH en soledad, que nos escriben incluso desde Latinoamérica; gente que no ha contado su infección a nadie y que, al ver que otras personas responden y les animan, leso es hace tranquilizarse.

P: Más de 100.000 fichas InfoVIHtal han sido descargadas de su web. ¿En qué consisten?

R: Estas fichas son el comienzo de un proyecto precioso de apoyo dirigido sobre todo a personas inmigrantes. Son fichas muy básicas de conceptos y ayuda para el VIH que tenemos en diferentes idiomas: inglés, francés, árabe, ruso, rumano… Ahora, además, realizamos un acompañamiento a las personas inmigrantes en situación irregular para que consigan el acceso al sistema sanitario. Las acompañamos hasta verlas sentadas enfrente del médico. Además, si en el proceso de espera se les acaba la medicación, se la proporcionamos a través de nuestra farmacia solidaria, que recoge los sobrantes de los tratamientos que la gente ya no va a tomar y los almacena para casos como estos.

P: ¿Cree que GTT aporta una visión diferente y complementaria a la de los profesionales sanitarios?

R: Damos una visión más cercana. Reforzamos los consejos que se dan desde el hospital, pero ellos a veces nos cuentan: "Mi médico me quiere cambiar la medicación por esta otra, ¿qué os parece a vosotros?" o "Me han propuesto que forme parte de un ensayo clínico". Damos la información y ellos toman la decisión. Por otro lado, nos hacen consultas que no se atreven a hacer a su propio médico. Algunas relacionadas con la sexualidad y con el uso de drogas. Dos temas que aún son una asignatura pendiente para muchos profesionales. Algunos lo han conseguido, han conseguido derribar sus propios prejuicios a la hora de hablar de temas que son necesarios abordar en las consultas, porque está en juego la salud del paciente. Hay médicos a los que los pacientes preguntan si con la medicación pueden tomar ésta u otra droga, y el médico les dice que lo que tienen que hacer es no tomarla. Pero esa no es una contestación válida para estas personas, por eso nos llamaban a nosotros. Nosotros tenemos nuestra propia base de datos, en infodrogas-vih.org, en la que puedes consultar las interacciones entre tratamientos, potenciadores de erección, drogas y algunos medicamentos. Los resultados se ofrecen en forma de semáforo. Actuamos de esta manera porque tratamos de reducir riesgos y daños. No podemos olvidar a todas esas personas que actúan según unas pautas que no son las nuestras, o que no son las normativas. Aceptamos que eso sucede y actuamos para reducir su impacto en la salud. Una manera de pensar y actuar con la que España ha conseguido grandes éxitos y con la que fue un ejemplo en la minimización de riesgos y daños en el ámbito de las drogas en los años ochenta y noventa del siglo pasado. Ahora estamos en un nuevo escenario, el del chemsex, más complejo porque hay drogas más prácticas sexuales de riesgo, pero nuestro criterio es el mismo. No podemos reducir la educación sexual al uso del condón. Nosotros queremos seguir ayudando a las personas que no se lo van a poner, no nos olvidamos de ellas. El preservativo es una herramienta de protección valiosísima, pero no es la única.

> *«Éxito será cuando se ponga al paciente en el centro de todo. Cuando él pueda expresar todo lo que necesita. Si sólo entendemos el éxito como que el virus esté indetectable, estamos haciendo un flaco favor a la enfermedad»*

> *«Debemos cambiar la concepción de VIH y no hablar de enfermedad infecto-contagiosa, como puede ser la tuberculosis, sino infecto-transmisible»*

> *«Yo he visto cómo cae la gente y los que están alrededor salen corriendo como ratas. En la guía mencionamos también este tema: "No dejes a un compañero solo, no pierdas el tiempo, no intentes actuar por tu cuenta, llama al 112"»*



P: ¿De qué otras maneras se puede hacer?

R: La guía del slamming, la PrEP, hacerse pruebas de ITS de manera regular, utilizar mucho lubricante, avisar a tus parejas sexuales si tienes una ITS… Hay que saber qué pasa en las casas donde se realiza chemsex, y si no somos capaces de saber lo que pasa ahí y qué piensan quienes están no seremos capaces de hacer intervenciones dirigidas a las necesidades reales. Hay que mejorar la educación sexual. Muchas veces recibimos llamadas que son una auténtica locura de falta de información. Cambiaría mucho también la forma de disfrutar la sexualidad. No hay mejor prevención.

P: Ha mencionado la guía 'Slamming', de la que se han editado 6.000 ejemplares…

R: Esa guía es una estrategia de reducción de riesgos y daños que queremos que esté accesible al público objetivo a quien va dirigida, pero no al público en general. Se hizo con mucho amor, aunque hemos recibido muchas críticas. Ya sabíamos que era una apuesta muy arriesgada con la estética. Pero la hemos desarrollado según nuestra línea de pensamiento, la de ayudar a mucha gente que se está produciendo daños. Contamos con el apoyo del Ministerio de Sanidad, del Plan Nacional sobre el Sida y del Plan Nacional sobre Drogas. Las críticas vienen de ese mundo conservador de las drogas en el que creen que el remedio es la deshabituación total. Yo he visto cómo cae la gente y los que están alrededor salen corriendo como ratas. En la guía mencionamos también este tema: "No dejes a un compañero solo, no pierdas el tiempo, no intentes actuar por tu cuenta, llama al 112". También explicamos cosas tan sencillas como que pueden ir a determinadas farmacias para que les den un kit de inyección de forma gratuita. Hay mucha gente que no lo sabe y se van deambulando por cualquier lado para conseguirlos.

P: ¿Qué avances y novedades tiene pensados en un futuro próximo para GTT?

R: Desde 2018 tenemos una sede en Madrid, con tres personas. Hacemos, sobre todo, intervención individual y ayudamos a inmigrantes a meterse en el sistema sanitario madrileño, que es muy complejo. También, estamos trabajando en un proyecto muy bonito que se llama 'Disfruta sin C', que va a dirigido a la eliminación de la hepatitis C en hombres que tienen sexo con hombres en el contexto del chemsex.

P: ¿Cuándo cree que podemos empezar a hablar de éxito en la lucha contra el VIH?

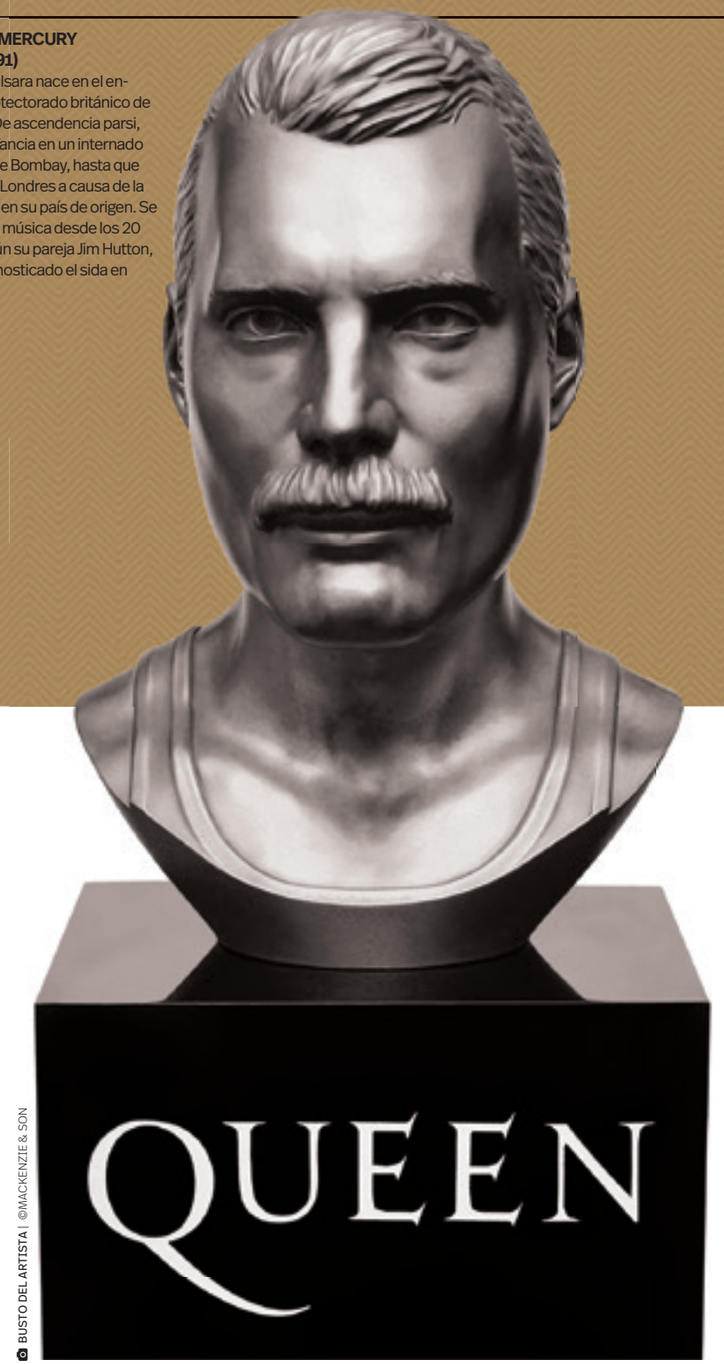
R: Cuando se ponga al paciente en el centro de todo. Cuando él pueda expresar todo lo que necesita. Si sólo entendemos el éxito como que el virus esté indetectable, estamos haciendo un flaco favor a la enfermedad. Debemos conseguir mejorar la calidad de vida del paciente. Podremos hablar de éxito cuando por fin el cuarto 90 sea un objetivo en la carrera del VIH. Falta mucho por hacer: estrategias de cura, control del VIH sin necesidad de tomar medicamento… Mirar las necesidades más allá de los virales, un enfoque más allá del biomédico que tenga en cuenta otros aspectos del ámbito de la vida: la función física, la psicológica…



CUANDO EL ROCK'N'ROLL SE PUSO ENFERMO

En los discursos de su AIDS Foundation, el músico **Elton John** sigue utilizando la palabra sida. Lo hace para referirse no tanto a una enfermedad ya controlada como a una epidemia alimentada por el estigma, la indiferencia y la desinformación. El sida, el de verdad, terminó con la vida de muchos músicos. Todavía muchas personas se preguntan en qué estaría metido hoy ese **Freddy Mercury**, al que hoy se conforman con ver encarnado en una banda tributo a Queen.

FREDDIE MERCURY (1946-1991)
Farrokh Bulsara nace en el entonces protectorado británico de Zanzíbar. De ascendencia parsi, pasó su infancia en un internado británico de Bombay, hasta que se mudó a Londres a causa de la revolución en su país de origen. Se dedicó a la música desde los 20 años. Según su pareja Jim Hutton, le fue diagnosticado el sida en 1987.



BUSTO DEL ARTISTA | ©MACKENZIE & SON

Desde los inicios del género musical, nacido en los años 50 del pasado siglo, la expresión rock'n'roll (el *rocking and rolling* de los barcos tenía desde los albores una analogía sexual) ha venido acompañada de otras dos popularmente conocidas: sexo y drogas. Más allá del mito, alimentado por centenares de historias y anécdotas de músicos sobre aquel *lado salvaje* al que después cantaría Lou Reed, lo cierto es que ningún género artístico ni musical escapó desde finales de los años ochenta al VIH y al sida.

El rock tiene un alma salvaje. Los primeros rockeros son célebres por su promiscuidad sexual y por su consumo de drogas. Cada década, la suya: las anfetaminas de los años cincuenta dieron paso al LSD en los sesenta, y ésta a la cocaína y a la heroína en los ochenta, los años dorados del pop. Es en ese momento cuando el consumo de drogas inyectadas y las prácticas sexuales abiertas y sin protección —además de la poca información— expandieron rápidamente la epidemia del VIH entre muchos a los que hoy llamaríamos colectivos de riesgo.

Sin embargo, fue la pérdida de un artista global la que provocó un verdadero impacto en las audiencias. La tragedia ya se intuía que podía ocurrir cuando **Freddie Mercury**, de Queen, falleció a la edad de 45 años en noviembre de 1991. Para entonces, habían caído el cabaretero **Liberace** (1987, 67 años), el guitarrista de The B-52s **Ricky Wilson** (1985, 32 años) o el clásico rockero **Tom Fogerty**, de Creedence Clearwater Revival (1990, 48 años); aunque éste último tuvo la mala suerte de infectarse por una transfusión de sangre tras una operación quirúrgica. El sida estaba en primera plana de todos los medios de comunicación.

A raíz del triste fallecimiento del cantante de Queen se celebró un concierto que muchos conservan en nuestra memoria. El Freddie Mercury Tribute Concert celebrado en el estadio Wembley en 1992 (en el que participaron Metallica, U2, Guns'n'Roses o Bob Geldof), fue televisado por todo el mundo, con una audiencia estimada de mil millones de televidentes y 72.000 entradas vendidas. El evento ya tenía precedentes prometedores en cuanto a los beneficios que podía recaudar, como el Live Aid de 1985. Y como era de suponer se convirtió en una máquina de hacer dinero. Se editó primero en VHS y después de DVD. Sus enormes beneficios sirvieron para lanzar la Fundación Freddie Mercury Phoenix Trust, que hoy presta ayudas a través 1.000 proyectos en 56 países de todo el mundo.

Poco después, en 1993, la película "Philadelphia" de Jonathan Demme (ver Revihsta#02) contiene en su tema prin-

TOP 10 CANCIONES SOBRE EL SIDA Y EL VIH

1



Queen
"The Show Must Go On", 1991

La canción que cierra el último disco de Queen en vida de su líder, "Innuendo", relata los esfuerzos de Freddie Mercury por terminar sus espectáculos a pesar de la enfermedad que padecía. Aunque el diagnóstico de VIH y sida no había trascendido a los medios de comunicación, estos ya especulaban con la posibilidad de que el cantante estuviera seriamente enfermo. El guitarrista y compositor del tema, Brian May, recuerda la conversación entre ellos previa a grabar la voz: "Fred, no tengo claro si vas a poder cantarla", a lo que éste respondió, antes de beberse un vodka: "Allá voy, darling". *"El espectáculo debe continuar"*, dice el estribillo. Mercury fallecería seis semanas después de publicarse el 'single'.

cipal "Streets of Philadelphia", de **Bruce Springsteen**, esta frase: "*Apabullado y magullado, no podía decirle a nadie lo que tengo, estaba irreconocible para mí mismo, vi mi reflejo en la ventana, no conocía ni mi propia cara, mi ropa ya no me coge… Hermano, ¿vas a dejar que me consuma y me consuma en las calles de Philadelphia?*" La canción ya plantea los problemas derivados de la enfermedad. El estigma, el sufrimiento, el miedo, la tragedia…

El impacto del sida en la sociedad occidental es universal. La muerte de Mercury llega cuando el grupo movía masas. La película 'Philadelphia' recauda más de 200 millones de dólares. Pérdidas como éstas y otras menos conocidas (**Fela Kuti**, el rapero **Eazy-E**, **Gil Scott Heron**) mueven las primeras iniciativas para apoyar la causa. Una de las voces más importantes es la de **Elton John**, amigo cercano de Mercury, quien todavía hoy sigue sin explicarse cómo no se infectó: "Debí haber contraído el VIH en los ochenta y morir en los noventa, exactamente como Freddy Mercury o Rock Hudson, o tantos otros. Cada día me pregunto cómo pude sobrevivir". El artista británico lleva 25 años recaudando fondos y poniendo en marcha proyectos contra lo que él sigue llamando sida, refiriéndose al estigma: "La enfermedad del sida es causada por un virus, pero no así la epidemia del sida. A la epidemia del sida la alimentan el estigma, el odio y la desinformación, la ignorancia y la indiferencia. Ésta es una enfermedad que no debe ser curada con una vacuna milagrosa sino cambiando las mentes y los corazones, y a través de un esfuerzo colectivo para derribar las barreras sociales, construyendo puentes de compasión".

DESDE LA CONTRACULTURA

La música mueve masas y sentimientos, y es una poderosa herramienta de difusión de ideas. El espíritu contracultural de la música popular funciona cuando

2



Lou Reed
"Halloween Parade", 1990

El celebrado album "New York" contiene una oda maravillosa en la que Lou Reed enumera una lista de personajes de ficción que desfilan en la fiesta de Halloween (la cita anual gay por excelencia en Nueva York) y hace una analogía con los personajes de su ciudad. Cada verso lo cierra echando en falta a su ser querido. *"De alguna manera esta fiesta me deprime / especialmente cuando veo que no estás cerca"*.

3



U2
"One", 1992

Aunque el significado de su letra está abierto a múltiples interpretaciones y ha sido asociada con la reunificación alemana y con otras causas, "One" , una de las canciones más conocidas de U2, single del álbum "Achtung Baby", número uno en Irlanda, Inglaterra, Canadá y Estados Unidos se publicó con un sólo propósito: recaudar fondos para la investigación del VIH. Sólo en Inglaterra vendió 200.000 copias.

4



Pet Shop Boys
"Being Boring", 1990

Clásico del cancionero de Pet Shop Boys, publicado en su elepé "Behaviour", este tema lanza una mirada hacia la adolescencia y da cuenta de cómo cambian la percepción y los valores cuando las personas maduran. *"Nunca nos contuvimos ni nos preocupamos de que el tiempo llegaría a su fin (…) Pensé que a pesar de los sueños estarías sentado en algún lugar aquí conmigo"*.

5



Cyndi Lauper
"Boy Blue", 1987

El disco más conocido de la artista neoyorkina, "True Colors", esconde este tema que fue también publicado como sencillo. "Boy Blue" apenas llegó al número 71 del top 100, pero todos los beneficios fueron donados a organizaciones contra el sida. La canción habla sobre la fragilidad del joven Boy blue, un amigo de la cantante que falleció de sida.

Víctimas del VIH

Liberace (1919-1987)
Genio excéntrico del escenario, Liberace fue un niño prodigio capaz de enamorar con 'Hello Dolly' o interpretando a Chopin. Terminó su larga carrera con espectáculo propio en Las Vegas. Su estrafalaria vida fue llevada al cine en una gran película de Steven Soderbergh.

Ricky Wilson (1953–1985)
Nacido en Athens (Georgia), el menos estrafalario de los icónicos The B-52s fue fundamental en el sonido del grupo y compuso muchas de sus mejores canciones. Será siempre recordado por su inimitable manera de tocar y afinar la guitarra. Sólo comunicó su enfermedad a un miembro del grupo.

Fela Kuti (1938-1997)
El compositor e intérprete de Nigeria está en el limbo de los artistas africanos. Su influencia musical se extiende a todo el planeta. Pionero del Afrobeat y activista proderechos humanos, todavía se especula con su muerte, ya que en vida se enfrentó siempre a las injusticias de su país, y fue castigado por ello.

Gil Scott Heron (1949-2011)
El excelente cantante de Chicago, capaz de fusionar poesía, soul/jazz y sonar sólo a él mismo, es considerado uno de los padres del rap. Por su poesía, ha sido apodado el Bob Dylan negro. Su enorme legado musical se quebró al fallecer en 2011. Era portador del VIH.



6



Mecano
"El fallo positivo", 1991

"La ignorancia de los demás / Vestida de puritana y de santa moral / Hablaba de divino castigo / Y la vergüenza al que dirán / Te empujó hasta que colgabas al final / Tu cuerpo de una cuerda en el desván / Ahogando los sentimientos y muchos momentos más de amar". Entre la tristeza y la protesta, Mecano enfoca el aspecto personal y también social del sida en su penúltimo disco "Aidalai".

7



Madonna
"In this Life", 1992

El tono más provocador del controvertido álbum "Erotica" se torna serio y existencial en esta canción en la que Madonna se arrepiente de no haber podido despedirse de un amigo que falleció por el sida a los 23 años. *"Se fue antes de tiempo / sin previo aviso / no quería que sus amigos le vieran llorar"*.

8



Bruce Springsteen
"Streets of Philadelphia", 1993

Springsteen sorprendió con una canción original publicada en la banda sonora de la película más famosa sobre el sida. La base rítmica, sobria y repetitiva, su tono sosegado, deja entrever frases lúcidas que definitivamente acercan la enfermedad a la gente. Una canción tan actual hoy como adelantada a su tiempo.

se trata de luchar contra la sociedad que estigmatiza. Eso lo sabían muy bien los promotores de la productora musical sin ánimo de lucro **Red Hot** en Nueva York, que involucró a más de 500 artistas (entre ellos, David Byrne, David Bowie, Annie Lenox, Tom Waits, U2, Erasure…) para poner en marcha sus *Red Hot Works*. Desde 1990 han editado veinte recopilaciones de música original y organizado decenas de eventos que les han permitido recaudar fondos para la lucha contra los efectos del VIH y el sida en la sociedad.

EL SIDA EN LA ESCENA ESPAÑOLA

El estigma y, probablemente, la apertura democrática tardía fueron factores que quisieron que España se librara de casos de muerte a causa del sida entre músicos célebres. No hablamos de los innumerables accidentes de coche ni de fallecidos por consumo de heroína (sobre todo). Pero tampoco aquí nos libramos del todo. Los componentes de la banda Eskorbuto **Juana Suarez** y **Iosu Expósito** fallecieron en 1992. En el tema "Cerebros destruidos" cantan: *"Nuestras vidas se consumen / el cerebro se destruye / nuestros cuerpos caen rendidos / como una maldición…"* Dos de los componentes de la banda hispanoargentina Tequila, **Manolo Iglesias** y **Julián Infante**, también murieron por causa del sida en 1994 y 2000, respectivamente.

Por su parte, los músicos españoles también se han solidarizado a lo largo de estas décadas con la lucha contra la enfermedad. En 2011 numerosos artistas se sumaron al grupo sudafricano Vusisizwe, que dedicaba su disco "Positive Generation" a las ONG de apoyo a los seropositivos de su país. El líder del grupo Ketama, **Antonio Carmona**, les acompañaba en el tema en castellano "No sé por qué será". Otros artistas como **Estrella Morente**, **Juan Luis Guerra**, **Alejandro Sanz** o **Andrés Calamaro** se unieron a la causa (ver Revhista#01).

9



The Magnetic Fields
"Dreaming in Tetris", 1990

Un breve inciso en la música indie: la banda de Boston Magnetic Fields incluyó recientemente en un disco de rarezas un tema oscurísimo no publicado antes en el que destellan dos versos tremendos que hablan sobre el sida. *"Todos los chavales de 25 años pillaron enfermedades. Pocos sobrevivieron. Esperábamos una guerra nuclear. ¿Para qué teníamos que tomar precauciones?"*

10



VV.AA. + Vusisizwe
"Positive generation", 2011

Producido por Javier Limón para la ONG Médicos sin Fronteras, el álbum en el que participan músicos de habla hispana y músicos sudafricanos contiene piezas como "Cantaré por los niños de África", una alegre tonada en la que se combinan excelentemente los sonidos africanos de Dombo y los ritmos caribeños de Juan Luis Guerra y 440.



LOS AÑOS OSCUROS DE TEQUILA La adicción a la heroína es la causa de la infección por VIH de Manolo Iglesias (batería, primero por la derecha) y Julián Infante (guitarra, segundo por la derecha) que fallecieron a causa del sida en 1994 y 2000, respectivamente.



HIBIC'20

La sexta edición, una cita imprescindible

José Alcamí
«El big data va a revolucionar la investigación sobre el VIH»

José Ramón Arribas
«No podemos relajar la educación en salud sexual»

Santiago Moreno
«Para controlar la epidemia, diagnóstico precoz y PrEP»

Josep Mª Llibre
«La primera edición de Meet The Expert fue muy positiva»





SUMARIO

- **¿Qué quiere decir HIBIC?** Hitos en Investigación Básica y Clínica en VIH y Sida.
- **¿Qué es HIBIC?** Una cita imprescindible cada año para los especialistas en VIH. Reúne cada año a más de 400 expertos nacionales e internacionales, convocados por Gilead con el objetivo de facilitar el intercambio de conocimiento. Cuenta con el patrocinio de Gesida y Retic-RIS (Red Española de Investigación en Sida).
- **¿Cuándo es el próximo HIBIC?** HIBIC cumple en 2020 su sexta edición. La cita será en Madrid, en el mes de febrero.
- **¿Qué contenidos ofrece HIBIC?** Como cada año, el evento se divide en tres grandes bloques de ponencias: 1) Ciencia Básica Traslacional; 2) Epidemiología, Prevención y Salud Pública; y 3) Ciencia Clínica. Además, un cuarto bloque denominado Meet the Expert, estrenado en 2019, permite a una selección de jóvenes investigadores españoles acceder a los principales ponentes e interactuar con ellos.
- **¿Qué balance arroja HIBIC en sus cinco ediciones anteriores?** Se han presentado, revisado y discutido 45 aportaciones relevantes en los tres campos mencionados, tres por bloque y año.

45

BLOQUE 1

CIENCIA BÁSICA TRASLACIONAL

COORDINADOR

José Alcamí

«El big data va a revolucionar la investigación sobre el VIH y toda la medicina»



❷¿Qué novedades más importantes se esperan en Ciencia Básica? En Ciencia Básica, se están produciendo avances muy significativos en el desarrollo de vacunas preventivas y en el uso de los anticuerpos como medio de prevención.

❷¿Qué hay de la curación? No se han realizado grandes progresos. De hecho, a pesar de la repercusión mediática de algunos artículos, las estrategias inicialmente propuestas no están dado resultados esperanzadores o podemos darlas por descartadas. Las estrategias 'shock and kill' no consiguen resultados clínicamente significativos, los ensayos de terapia génica bloqueando CCR5 arrojan resultados que no tienen ninguna relevancia y los casos de curación por transplante alogénico de médula ósea son anécdotas interesantes, pero no son aplicables a los pacientes que no requieren este procedimiento por una leucemia o linfoma intercurrente. El uso de anticuerpos también parece que será de beneficio limitado a un número pequeño de pacientes.

❸¿Hay que ser pesimista entonces? No. Es importante poner la curación funcional del VIH en perspectiva. De hecho, tenemos curación funcional con antirretrovirales: una pastilla o dos al día, baja toxicidad, una buena calidad de vida. Este mensaje es el que hemos de transmitir a los pacientes cuando después de la resaca mediática acuden a la consulta para solicitar un transplante de médula, y es un ejemplo real. En mi opinión, las posibilidades de curación funcional vendrán de aspectos que no se consideraron en el escenario inicial y que han nacido en los últimos años, como las estrategias de bloqueo del VIH por fármacos, la potenciación de la respuesta inmune o el reposicionamiento de fármacos utilizados en otras enfermedades en la infección por el VIH, como los inhibidores de tirosín-cinasas, los anticuerpos frente a determinantes celulares o los antagonistas de Tat.

❹Las expectativas de curación del experimento con el anticuerpo antialfa4beta7, que va a presentar Clifford Lane, eran altas. Pero todo ha quedado en nada… Fue un artículo muy sorprendente y con un gran impacto. Se publicó en la revista Science. Abría además una nueva perspectiva, el hallazgo de uno de los santos griales en la leyenda de la curación: identificar las células infectadas de manera latente por el VIH y destruirlas de manera selectiva. En este campo hemos sufrido decepciones como la falsa identificación de CD32 como un marcador del reservorio. Ésta ha sido la segunda gran decepción. No podemos controlar la infección con anticuerpos frente a estas integrinas (alfa4 beta7). Ninguno de los tres trabajos publicados ha mostrado ningún efecto. Es importante destacar que dos trabajos realizan exactamente el mismo modelo experimental sin poder corroborar los resultados. Pasar de un estudio que muestra que un tratamiento en macacos consigue la cura funcional en más del 80% a tres estudios que no ven ninguna diferencia entre el tratamiento y el placebo es más que decepcionante inexplicable, y entra en el espectro del escándalo científico.

«La inmunidad natural cobra un peso novedoso a la luz de los nuevos descubrimientos»

❺¿Qué ha fallado para que los revisores de Science no detectaran nada anormal o no pidieran nuevos controles? El artículo inicial tuvo implicaciones clínicas ya que, al estar el anticuerpo comercializado, con precios por dosis de 3.000 euros, ante la expectativa generada, se iniciaron ensayos clínicos en humanos. Cinco están registrados y otros están en fase experimental. El primero publicó en Science Translational Medicine y muestra que no hay ninguna eficacia. Podemos y debemos hablar de fiasco. Hasta el editor de Science ha publicado una carta en la que muestra su preocupación. A veces nos equivocamos, pero en un caso como éste las equivocaciones tienen consecuencias importantes ya que hace que se inicien trabajos extraordinariamente laboriosos y costosos que tardan años en desmentir los resultados previos y generan una situación de desconfianza a muchos niveles.

❻¿Qué otras líneas de investigación destacaría? Seguimos comprendiendo cómo nuestro sistema inmune controla el VIH y también por qué fracasa. La investigación básica avanza en esa línea. He-

PONENCIAS

Viernes, 21 de febrero
Introducción. Dr. José Alcamí, director de la Unidad de Inmunología del Sida del Instituto Carlos III de Madrid.

.....

'New-Generation High-Potency and Designer Antibodies: Role in HIV-1 Treatment'. Annual Review of Medicine, 2018.

→**Richard Koup,** subdirector del Research Vaccine Centre, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Estados Unidos.

.....

'A subset of HLA-DP molecules serve as ligands for the natural cytotoxicity receptor NKp44'. Nature Immunology, 2019.

→**Marcus Altfeld,** director del Departamento de Inmunología Vírica del Heinrich Pette Institute, perteneciente al Leibniz Institute for Experimental Virology, Hamburgo, Alemania.

.....

'Evaluation of an antibody to α4β7 in the control of SIVmac239-nef-stop infection'. Science, 2019.

→**Clifford Lane,** responsable del departamento de Investigación Clínica y Proyectos Especiales y subdirector del National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Estados Unidos.

mos encontrado nuevos factores de restricción a la infección, nuevos genes cuya expresión se asocia al control de la infección por el sistema inmune, y también tenemos herramientas que nos permiten definir mejor el reservorio y el papel de los virus defectivos en este escenario de control de la replicación del VIH. En este contexto, la inmunidad natural cobra un peso novedoso a la luz de los nuevos descubrimientos. Para mí, uno de los aspectos más novedosos son los estudios sobre los mecanismos de integración del VIH. Sabemos que la integración en el genoma humano no es al azar, pero hoy comprendemos mejor esos mecanismos que dirigen al virus hacia zonas del genoma que nunca se expresarán o a zonas con alta capacidad de expresión genética. El concepto de 'proviral landscape' o 'paisaje proviral' me parece fascinante y nos permitirá quizás identificar nuevas dianas farmacológicas que dirijan al VIH a zonas muertas de nuestro genoma bloqueando su capacidad replicativa.

❼Sobre la ansiada vacuna, ¿qué horizonte real se puede pronosticar? Siempre he sido muy pesimista en la posibilidad de obtener una vacuna preventiva universal, pero vistos los últimos desarrollos es posible que en los próximos años alguno de los prototipos de vacuna preventiva que estamos desarrollando o el uso de anticuerpos para la prevención tengan una indicación en determinadas poblaciones. El uso de proteínas recombinantes triméricas, vectores adenovirales con expresión de secuencias consenso o de amplio espectro, y ensayos de prevención con anticuerpos muy importantes están en marcha y clarificarán estas cuestiones en los próximos cinco años. Estos estudios nos dirán si estamos ante un nuevo espejismo o al principio del fin del largo camino para obtener una vacuna preventiva.

❽¿Cómo puede contribuir a los avances el análisis de datos? Los big data y su manejo impactarán de manera muy importante en la salud en general, y también en la investigación sobre el VIH. La posibilidad de analizar todos los datos de la vida de un paciente, y no sólo sus enfermedades: integrar su historia farmacológica, la exposición ambiental según los sitios donde ha residido, el trabajo realizado, la expresión genética y su propio genoma, los antecedentes familiares con una profundidad nueva y sus hábitos de vida, incluyendo la dieta…, revolucionarán la medicina. Términos como 'big data', 'exposoma', 'perfil ómico', o 'arquetipos clínico-biológicos' serán ejes de investigación que ya se están desarrollando.

❾El artículo que presenta Korber es un buen ejemplo… Muestra un abordaje sistémico. En este trabajo se recogen todos los datos existentes sobre cómo un centenar de anticuerpos neutralizan centenares de aislados virales y, a partir de estos perfiles, se dibujan huellas genéticas en la envuelta del VIH que le hacen susceptible o resistente a dichos anticuerpos. En un segundo paso, se 'fabrica' una envuelta viral muy susceptible a la neutralización y se utiliza como vacuna para inducir esos anticuerpos eficaces. Los resultados indican que es posible; eso sí, de momento solo en cobayas. Pero ya tenemos ensayos clínicos de concepto en marcha siguiendo estas estrategias.

❿¿Por qué pueden ser muy importantes las 'natural killer'? Como inmunólogo, han sido siempre mis células favoritas dentro del sistema inmune porque, junto con las células dendríticas, están en una interfase entre las dos formas de inmunidad, la innata y la adquirida. Miran en ambas direcciones. En los últimos cinco años están de moda porque hemos descubierto que estas células similares a los linfocitos con diferentes receptores no son células exclusivamente de inmunidad innata o al servicio de la inmunidad adquirida. Hoy sabemos que sus funciones son mucho más amplias. Determinadas células 'natural killer' son capaces de aprender como lo hace la inmunidad adquirida y en concreto los linfocitos T. Hoy, sabemos que son esenciales en la defensa frente a herpesvirus frente a los que han desarrollado una larga lucha evolutiva, pero su papel es creciente en el reconocimiento de otros virus y tumores. A diferencia de hace una década, hoy podemos identificar las distintas subpoblaciones 'natural killer', estudiar su activación y, lo que es más importante, modular su actividad mediante fármacos o citocinas. Esto abre una perspectiva no sólo de conocimiento sino de posibilidades terapeúticas utilizando la actividad citotóxica de este tipo celular.

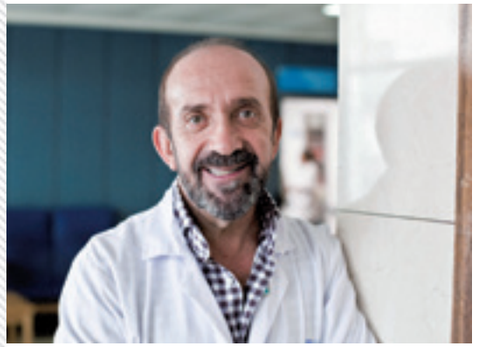
BLOQUE 2

COORDINADOR

Santiago Moreno

«Para controlar la epidemia, tan solo es preciso aplicar de manera generalizada el diagnóstico precoz y la PrEP»

EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA



❶Ante una nueva edición del Hibic , ¿se puede destacar alguna novedad de importancia registrada en 2019? El principal avance que se ha producido en el terreno de la epidemiología es la constatación mantenida de que las medidas conocidas pueden ayudar a controlar la transmisión del VIH y, por tanto, disminuir la incidencia de nuevos casos de infección. Se confirma que, para conseguir un control de la epidemia, se precisa identificar a todas las personas infectadas por VIH y administrarles tratamiento antirretroviral eficaz, pero además administrar medidas preventivas (profilaxis preexposición) a los no infectados con alto riesgo de infección. Esto último es especialmente relevante en entornos como el nuestro.

❷Sobre el riesgo de transmisión en parejas en las que uno de sus miembros es seropositivo y está en tratamiento antirretroviral y el otro no, ¿qué es importante subrayar? ¿Hay riesgo o no hay riesgo? El artículo que presenta la doctora **Alison Rodger** es clave en la epidemiología del VIH. Es el estudio observacional más amplio que se ha llevado a cabo para evaluar la transmisión del VIH entre personas del mismo o de distinto género. El estudio PARTNER 1 demostró que no había transmisión en ningún contexto, y se mostró especialmente contundente en las parejas heterosexuales. Para llegar a conclusiones parecidas en los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, se amplió el número de parejas y su seguimiento. Las conclusiones dieron lugar al estudio que ahora se presenta, PARTNER 2, y son igualmente concluyentes: no hay ningún caso de transmisión relacionada, independientemente del tipo de práctica sexual. El estudio evidencia que estar indetectable equivale a no transmitir la infección.

PONENCIAS

Sábado, 22 de febrero
Introducción. Dr. Santiago Moreno, Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

'Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study' Lancet, 2019 Jun 15.

→**Alison Rodger,** institute for Global Health, University College London, Reino Unido.

'Does U=U for breastfeeding mothers and infants? Breastfeeding by mothers on effective treatment for HIV infection in high-income settings' Lancet HIV, 2018.

→**Catriona Waitt,** departamento de Farmacología Molecular y Clínica, University of Liverpool, Reino Unido.

'Improvements in the HIV care continuum needed to meaningfully reduce HIV incidence among men who have sex with men in Baltimore, US: a modelling study for HPTN 078', J Int AIDS Soc, 2019.

→**Kate Mitchell.** Facultad de Medicina, School of Public Health, Imperial College London, Reino Unido.

«Si se quiere alcanzar el objetivo 90-90-90 para 2020, se deben realizar esfuerzos extraordinarios de diagnóstico y tratamiento»

❸¿Se puede ser igual de contundente en el caso de la lactancia materna? ¿Puede una madre seropositiva y en tratamiento amamantar a su hijo con total tranquilidad? Las cosas están menos claras en este sentido. Hemos seleccionado el trabajo que presenta **Catriona Waitt** para discutir un aspecto que es muy importante para las mujeres infectadas por VIH: si pueden o no amamantar de modo natural a sus hijos sin riesgo de transmitirles el VIH. Sin embargo, los datos son menos concluyentes. El hecho de que haya diferencias entre cómo el virus y los fármacos se comportan en sangre y en leche materna obliga a ser más cautos en estas recomendaciones.

❹ ¿Se pueden concretar las medidas más eficaces para lograr una reducción real de la incidencia del VIH entre los hombres que tienen sexo con otros hombres? ¿Es la PrEP la más importante de ellas? El estudio que presentará **Kate Mitchell** refleja las estimaciones de un modelo matemático creado con los datos de la población de hombres que tienen sexo con hombres en Baltimore. Allí, la proporción de personas con infección por VIH que tienen carga viral indetectable es muy baja. Hay, precisamente, mucha población negra y otros grupos desfavorecidos. El modelo estima que, si se quiere alcanzar el objetivo 90-90-90 de Onusida para 2020, se deben realizar esfuerzos extraordinarios de diagnóstico y tratamiento. Además, es probable que se precise la incorporación de la PrEP, aunque su impacto no se evalúa en este modelo.

❺ ¿Es optimista la comunidad científica en cuanto a frenar la continua expansión de la epidemia? Globalmente, lo es. Hay ya datos elocuentes: el número de personas en tratamiento en todo el mundo ha aumentado y el número de nuevos casos ha disminuido. Si nos vamos a países occidentales, como España, la adopción de las medidas que se conocen efectivas (diagnóstico y tratamiento de todos los infectados, administración de PrEP…) también se asocia con una disminución de la incidencia de nuevas infecciones. Para controlar efectivamente la epidemia, será preciso tan solo aplicar estas medidas de manera tan generalizada como se pueda en todas las áreas.

BLOQUE 3

COORDINADOR

José Ramón Arribas

«A pesar de la PrEP, no podemos relajar la educación en salud sexual»

CIENCIA CLÍNICA



❶El bloque de Clínica va a ser de gran actualidad, dado que la PrEP ya está disponible en España. Sí. 2020 va a ser el primer año en el que la PrEP está disponible en España. Las comunidades autónomas están en estos momentos estableciendo los protocolos de implementación.

❷¿Qué va a cambiar esto en nuestro país? ¿Cuáles van a ser las principales consecuencias? La consecuencia más deseable será que observemos una disminución de las nuevas infecciones por VIH en España. El número lleva estabilizado entre 3.500 y 4.000 al año durante el último quinquenio. Es posible también que exista un mejor diagnóstico de las ITS debido a que el usuario de PrEP esté mejor controlado y se hagan programas de cribaje de ITS más eficaces.

❸Sobre la PrEP, hay teorías contrapuestas. Para unos, claramente supone un apoyo decisivo para reducir su tasa. Para otros, puede traer consigo una relajación de las conductas de riesgo. ¿Cuál de las dos posturas se acerca más a la realidad? Este va a ser el asunto a discutir en el bloque Clínico. La evidencia apunta a que en España ya hay un aumento de las ITS antes de implantar la PrEP. Uno de los estudios australianos que vamos a comentar (**Traeger**) muestra un incremento de las ITS en los usuarios de PrEP. Sin embargo, los autores consideran que tener a un usuario en un programa de PrEP es una oportunidad para hacer diagnósticos más precoces de ITS. La PrEP debe ir acompañada de un programa integral de prevención y diagnóstico precoz de ITS. No hay que olvidar que, hoy por hoy, la mayoría de las ITS son curables mientras que la infección por el VIH no tiene curación.

❹¿Por qué la PrEP se ve con tanta cautela? ¿Por qué especialmente preocupa entre los HSH? Algunas personas la conceptualizan como una medicalización de un asunto que se debería resolver con otros tipos de medidas basadas en el sexo seguro. Yo creo que estas medidas son necesarias, pero no suficientes. La PrEP no será la panacea, pero puede ser una medida muy útil.

❺¿Cómo es la experiencia de Australia? ¿Qué lecciones se pueden extraer de ella y aplicar en España? Australia es un país modélico en cuanto a la respuesta global frente al VIH. El estudio que presenta **Andrew Grulich** muestra cómo en una zona que ya había alcanzado el objetivo 90-90-90 la implantación rápida y decidida de un programa de PrEP ha tenido un impacto poblacional expresado en una disminución de los nuevos diagnósticos de infección por VIH.

❻ ¿Qué no puede relajarse bajo ningún concepto por mucho que se autorice PrEP? La educación en salud sexual. La población tiene que aprender que existe toda una gama de medidas preventivas para las ITS y el VIH. Tampoco podemos renunciar a diagnosticar toda la infección por el VIH oculta y proceder al tratamiento de todos los infectados.

«Walker decidió recurrir a la teoría de las redes sociales para entender mejor cómo estás estructuras pudieron haber sido creadas y mantenerse»

PONENCIAS

Sábado, 22 de febrero
Introducción. Dr. José Ramón Arribas, director del Grupo de Sida y Enfermedades Infecciosas del Hospital La Paz de Madrid.

'Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study'. The Lancet HIV, 2018.

→**Andrew Grulich,** jefe del Programa de Epidemiología y Prevención del VIH, The Kirsby Institute, University of New South Wales, Sidney, Australia.

'Association of HIV Preexposure Prophylaxis With Incidence of Sexually Transmitted Infections Among Individuals at High Risk of HIV Infection'. JAMA, 2019.

→**Michael W. Traeger,** Burnett Institute, Melbourne, Australia.

'Epidemiology and prevention of sexually transmitted infections in men who have sex with men at risk of HIV'. The Lancet HIV, 2019

→**Eric Chow,** director del Health Data Management and Biostatistics Unit, del Melbourne Sexual Health Centre, en el The Alfred Hospital, y profesor asociado de la Monash University.

COORDINADOR

MEET THE EXPERT

Josep Maria Llibre

«Los expertos quedaron muy sorprendidos de la cantidad y calidad de los proyectos»



Por segundo año, Meet the Expert permitirá acercar a jóvenes investigadores españoles a los principales protagonistas de la cita HIBIC. Meet the Expert es una reunión de pequeño formato que tiene lugar justo antes del inicio del congreso. Será el viernes 21 de febrero de 2020, de 11 a 13 horas. Tres grupos de ocho investigadores con estudios en curso se reunirán simultáneamente con **Andrew Grulich** y **Michael Traeger**, en Clínica; **Bette Korber** y **Clifford Lane**, en Ciencia Básica; y **Kate Mitchell** y **Alison Rodger**, en Epidemiología. Asistirán también los coordinadores de los tres bloques: José Ramón Arribas, Santiago y José Alcamí.

❶El formato de Meet-the-Expert es una oportunidad para investigadores jóvenes. ¿Cómo ha respondido la comunidad científica española ante esta oportunidad? En la primera edición la valoración de la experiencia fue muy positiva. Jóvenes investigadores españoles pudieron presentar sus proyectos y recibir comentarios directos muy interesantes de los expertos internacionales. En muchos casos, los comentarios les sirvieron para modificar posibles deficiencias en los proyectos o simplemente para mejorarlos. Asimismo, los expertos internacionales quedaron muy sorprendidos de la calidad de los proyectos presentados, del talento investigador y de la investigación en general en VIH en España, tanto en clínica como en básica.

❷¿Cómo es el nivel de la ciencia y de los investigadores en nuestro país a nivel VIH y sida? ¿De qué podemos enorgullecernos y qué nos está faltando? En España tenemos fama de tener mucho talento investigador y poca infraestructura investigadora. De este modo, somos conocidos por llevar a cabo investigaciones relevantes con menos medios y menos presupuesto económico. Los recortes del país en los últimos años en investigación no han hecho sino empeorar la continuidad de equipos investigadores consolidados. Sin embargo, finalmente acabamos consiguiendo becas y soporte económico en la mayoría de casos para la investigación relevante, aunque siempre a costa de un mayor desgaste personal de los médicos e investigadores que en otros países donde la infraestructura investigadora está mejor valorada y financiada. En gran parte, la investigación en España acaba llevándose a cabo gracias a becas o soporte económico indirecto de compañías farmacéuticas, a las que debemos agradecer esta financiación no restringida. Este soporte se consigue en becas competitivas convocadas directamente por las compañías, o dando soporte económico a becas convocadas por sociedades científicas.

❸¿Estamos más adelantados en algunas líneas que en otras por lo que respecta al VIH? ¿En cuáles? En investigación clínica estamos a la par que otros países pioneros. En investigación básica también, pero restringida a los pocos equipos consolidados de investigación que hay en el país con alta tecnología de laboratorio y colaboraciones internacionales.

Referencias/

EL SÍMBOLO 🗎 INDICA LA FECHA DEL ÚLTIMO ACCESO

PRESENTACIÓN (pp. 4-5)

- THE LANCET | UNAIDS survey aligns with so-called fourth 90 for HIV/AIDS https://xurl.es/wsyop

IAS 2019 (pp. 8-11)

- IAS www.ias2019.org (🗎 nov. 19)
- AIDS MAP www.aidsmap.com (🗎 nov. 19)
- INTRAMED https://xurl.es/7rf36 (🗎 nov 19)
- UNAIDS https://xurl.es/179g4 (🗎 nov. 19)
- INFOBAE https://xurl.es/y2qhz (🗎 nov. 19)

INFORME KPMG (p. 16-23)

- 'Poner fin a la epidemia. Una valoración de las políticas sobre VIH en España'. KPMG Junio 2019.
- 'Poner fin a la epidemia. Una valoración de las políticas sobre VIH y las recomendaciones para mejorar la vida de las personas con el VIH o se encuentran en riesgo de adquirirlo. Resumen de resultados en Inglaterra, Francia, Alemania, Italia y España. KPMG Marzo 2019.

FAST TRACK CITIES (pp. 24-31)

- UNAIDS https://xurl.es/mme3g (🗎 nov. 19) https://xurl.es/cny2t (🗎 nov. 19)
- IAPAC www.iapac.org (🗎 nov. 19)
- FUTURE MEDICINE https://xurl.es/1lxsx (🗎 nov. 19)
- REUTERS https://xurl.es/o8meu (🗎 nov. 19)
- PINK NEWS https://xurl.es/0he5f (🗎 nov. 19)

PROYECTO RADIAN (pp. 32-37)

- UNAIDS https://aidsinfo.unaids.org/ (🗎 nov. 19)
- BRITANNICA https://xurl.es/qvzgv (🗎 nov. 19)
- RADIAN www.radianHIV.org (🗎 nov. 19)

EL CUARTO 90 (pp. 40-42)

- Situación epidemiológica en España. Asunción Díaz. Revista Multidisciplinar del Sida (Seisida). Monográfico 2018 ,Vol. 6. Núm. 14. Octubre 2018.
- Cuarto 90: Calidad de vida de las personas con VIH María José Fuster Ruiz de Apodaca. Revista Multidisciplinar del Sida (Seisida). Monográfico, 2018. Vol. 6. Núm. 14. Octubre 2018. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DEL SIDA https://xurl.es/a6a25 (🗎 nov. 19)
- Editorial especial del XIX Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. María José Galindo Puerto y Joaquín Portilla Sogorb. Revista Multidisciplinar del Sida (Seisida). Monográfico 2019, vol. 7, número 17, junio 2019.
- La experiencia del paciente crónico. Encuesta anónima a pacientes con distintas enfermedades crónicas sobre su experiencia con el sistema de salud con la escala IEXPAC. http://www.revista-multidisciplinardelsida.com (🗎 nov. 19)
- María José Galindo Puerto, Manuel Cotarelo, Nuria Sánchez-Vega, Pedro Ferrer, María José Fuster Ruiz de Apodaca. Revista Multidisciplinar del Sida (Seisida). Monográfico, 2018. Vol. 6. Núm. 14. Octubre 2018.
- El síndrome del superviviente del Sida: Aspectos psicosociales y psiquiátricos de sobrevivir al Sida. Jordi Blanch, Javier Tinoco. Revista Multidisciplinar del Sida (Seisida). Monográfico 2019, vol. 7, número 17, junio 2019.
- El largo camino de la superVIHvencia. Mar Linares, JM Tomas. Revista Multidisciplinar del Sida (Seisida). Monográfico 2019, vol. 7, número 17, junio 2019.

THE FULL 360 (pp. 43-44)

- https://www.thefull360.es/ (🗎 nov. 19)
- Evolución de la población VIH en España en 2025. Rosa Polo. VI Encuentro de Salud Pública (Políticas sanitarias y envejecimiento de la población VIH en España). 2016. FUNDACIÓN GASPAR CASAL https://xurl.es/172c3 (🗎 nov. 19)
- INFOSIDA https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/27/92/el-vih-y-la-salud-mental (🗎 nov. 19)
- CÁSCARA AMARGA https://bit.ly/2QlgPr1 (🗎 nov. 19)

RET (pp. 46-59)

- ¿Qué es importante para los pacientes? Concepto y alcance de los "Patients Reported Outcomes" (PRO), por Cristina Antón Rodríguez y Diana Monge Martín. Escuela de Medicina Universidad Francisco de Vitoria. Publico en el Boletín DocTutor de Educación Médica, de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- EUROPEAN MEDICINES AGENCY www.ema.europa.eu
- US FOOD AND DRUGS ADMINISTRATION. https://www.fda.gov/
- DOCTUTOR https://bit.ly/2qSrpeq (🗎 nov. 19)
- PEDIATRÍA INTEGRAL https://bit.ly/2KqO6NF (🗎 nov. 19)
- UNWOMEN www.unwomen.org
- Kamb M, Wortley P. Human immunodeficiency virus and AIDS in women. En: Women and health. London: Academic Press; 2000.
- UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneve: UNAIDS; 2002
- GTT-VIH http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/hacerse_mayor (🗎 nov. 19)

LOS DATOS DEL VIH EN 2019 (pp. 60-68)

- http://gtt-vih.org/actualizate/actualizacion_en_tratamientos/11-11-2019_EACS (🗎 nov. 19)
- EL PAÍS https://bit.ly/2KTE8Vf
- https://www.cesida.org/category/noticias/ (🗎 nov. 19)
- Communities at the centre. Defending rights. Breaking barriers. Reaching people with HIV services. Global AIDS Update 2019. Onusida. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf (🗎 nov. 19)
- UNAIDS Data 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf (🗎 nov. 19)
- UNAIDS Fact-Sheet. Actualización global sobre el sida 2019. https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet (🗎 nov. 19)
- UNAIDS On the Fast-Track to end AIDS. UNAIDS. Strategy 2016-2021 (descarga: nov. 2019).
- Monitoreo Global del Sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016. UNAIDS 2018.
- OMS https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/es/ (🗎 nov. 19)
- CON SALUD https://www.consalud.es/pacientes/espacio-cesida-si-hace-bien-prep-atraer-sns-personas-practicas-riesgo_70319_102.html (🗎 nov. 19)
- PREVENIR http://prevenir.anrs.fr/
- GTT-VIH http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/10-09-18
- CESIDA https://www.cesida.org/bcn-checkpoint-reduce-un-76-las-infecciones-del-vih-con-la-pastilla-preventiva/
- Unidad de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2018: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2019. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe_VIH_SIDA_2019_21112019.pdf (último acceso: Noviembre 2019)

20 AÑOS DE GTT (pp. 70-73)

- www.gtt-vih.org (🗎 nov. 19)
- http://gtt-vih.org/files/active/1/GTT_memoria_actividades_2018_web.pdf (🗎 nov. 19)
- http://gtt-vih.org/actualizate/lo_mas_positivo/lmp37/tomar_partido_periodismo_comunitario_en_vih (🗎 nov. 19)
- http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/hacerse_mayor (🗎 nov. 19)
- Revista Multidisciplinar del Sida (Seisida). Monográfico 2019, vol. 7, número 17, junio 2019. María José Galindo Puerto y Joaquín Portilla Sogorb.

EL VIH EN LA MÚSICA (pp. 78-82)

- EL PAÍS https://bit.ly/35aDLgZ (🗎 nov. 19) https://bit.ly/2NMUEs1 (🗎 nov. 19)
- ABC TV https://ab.co/2qhKDKn (🗎 nov. 19)
- EUROPA PRESS https://bit.ly/379IL76 (🗎 nov. 19)
- UNIVERSO GAY https://bit.ly/33O4yP9 (🗎 nov. 19)
- CADENA SER https://bit.ly/2QlkUeM (🗎 nov. 19)
- RTVE https://bit.ly/2KqUvZd (🗎 nov. 19)
- HUFF. POST https://bit.ly/355xC5E (🗎 nov. 19)
- RED HOT https://redhot.org/projects/

REVIHSTA



ILUSTRACIÓN DE PORTADA E INTERIOR DE PORTADA: SR. GARCÍA. **SOBRE ESTAS LÍNEAS**, 'SAVE THE DATE 2030: LOS PRÓXIMOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS POR ONUSIDA PARA 2030'. **EDITA:** GILEAD SCIENCES, S.L.U. **COORDINACIÓN:** JOSÉ RAMÓN ARRIBAS. **REDACCIÓN, DISEÑO Y COORDINACIÓN:** ERREA COMUNICACIÓN. **FOTOGRAFÍA:** LUCÍA ANTEBI. **INFOGRAFÍA:** BEATRIZ ARBONA, PABLO ERREA. **ILUSTRACIONES:** SR. GARCÍA, ISTOCK.

GILEAD