



Avances

World AIDS Conference 2020 **08**

Highlights Glasgow-CROI'20 **14**

Las 3 caras de la COVID-19 **16**

Entrevista a Adolfo García Sastre **18**

Los datos del VIH en 2020 **22**

Entrevista a Margarita del Val **28**

Gilead ante la COVID-19 **32**



Retos

32 años de TAR en España **36**

Inflamación **39**

Trastornos emocionales **40**

La telefarmacia del futuro **41**

Teleasistencia **42**

Entrevista a José Alcamí **46**

Pautas para la teleconsulta **50**

Pacientes naïve **54**

Mejora en la adherencia **57**



Pacientes

Hacia otra atención **60**

Médicos que son pacientes **62**

Chemsex en pandemia **68**

Entrevista a Ramón Espacio **70**

H **HIBIC:** Lo más destacado del último congreso. Madrid, febrero de 2020 **74**

Referencias/

EL SÍMBOLO INDICA LA FECHA DEL ÚLTIMO ACCESO

HISTORIA DE 2 PANDEMIAS (p. 13)

- covid19andhivreport.iasociety.org (nov. 20)
- InfoVIHtal. Edición especial. Junio 2020. www.gtt-vih.org (nov. 20)

LAS TRES CARAS DE LA COVID-19 (pp. 16-17)

- José Alcamí y Eduardo López-Collazo. Coronavirus ¿La última pandemia? OBERON, Ediciones ANAYA Multimedia Madrid 2020. ISBN 978-84-415-4284-6
- Siddiqui HK and Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical–therapeutic staging proposal. *J Heart Lung Transplant.* 2020; 39: 405–407. doi: 10.1016/j.healun.2020.03.012
- Wadman M, Couzin-Frankel J, Kaiser J and MAtracia C. How does coronavirus kill? Clinicians trace a ferocious rampage through the body, from brain to toes. *Science Magazines* 2020. doi:10.1126/science.abc3208
- www.fundeu.es/recomendacion/covid-19-nombre-de-la-enfermedad-del-coronavirus/ (nov. 20)

LOS DATOS DEL VIH EN 2020 (pp. 22-27)

- UNAIDS Data 2020 www.unaids.org/es/ (nov. 20)
- 2020 Global AIDS Report. ‘Seizing the Moment. Tackling entrenched inequalities to end epidemics’ www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report/ (nov. 20)
- www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2020/october/20201013_covid19-impacting-hiv-testing-in-most-countries/ (nov. 20)
- elpais.com/elpais/2020/07/07/planeta_futuro/1594109338_815034.html (nov. 20)
- hivservicestracking.unaids.org/ (nov. 20)
- www.unaids.org/es/resources/documents/2020/HIV_COVID-19_brochure (nov. 20)
- www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2020/september/20200921_90-90-90 (nov. 20)
- www.unaids.org/es (nov. 20)
- UNAIDS Data 2020
- elpais.com/elpais/2020/08/18/planeta_futuro/1597768649_541494.html (nov. 20)

GILEAD VS COVID-19: COMPROMETIDOS CONTRA LA PANDEMIA (pp. 32-33)

- reec.aemps.es/reec/estudio/2020-001385-11
- nota de prensa de gilead. 10 de abril de 2020.
- Nota de prensa de Gilead del 22 de octubre de 2020. www.gilead.com

32 AÑOS DEL TAR EN ESPAÑA (pp. 36-37)

- JJarrín Vera, I, Pérez-Elías, MJ, Podzamczar Palter, D, Ventayol Bosch, P, Rubio-Rodríguez, D, Rubio-Terrés, C. ‘Clinical and economic impact of 32 years of antiretroviral therapy for people living with HIV in Spain: Has it been an efficient intervention?’ 65º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), 2020.

ENVEJECIMIENTO + VIH (p. 38)

- Francisco Jódar, David José Sánchez Pardo, Yusnelkis Milanes, Carlos Luis Parra, Cristina Roca, P. Viciano. ‘Análisis clínico y económico de las comorbilidades no asociadas al VIH en personas que viven con VIH’. 65º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), 2020.

INFLAMACIÓN (p. 39)

- www.sebbm.es/revista/articulo.php?id=500&url=microbioma-humano-un-universo-en-nuestro-interior (nov. 20)

TRASTORNO EMOCIONAL (p.40)

- www.ub.edu/psicobiologia/Pnmemlleng/imagenes/Index%20de%20Pittsburgh.pdf (nov. 20)

ONE HEALTH, TELEASISTENCIA (pp. 42-45)

- ENOPEX. Resultados de la encuesta de satisfacción de pacientes con la telefarmacia. 65 Congreso Nacional de la SEFH. Eva Negro Vega. Hospital Universitario de Getafe. delegada Autónoma de la Comunidad de Madrid. (nov. 20)
- Bernabeu-Martínez M A, Ana Hernández-Guió A, Campillo-Lopez J, Zayas-Soriano M, Planelles-de Castro M, Aznar-Saliente M T. ‘La “nueva normalidad”: ¿qué opinan nuestros pacientes?’ *Hosp Dom.* 2020;4 (4):171-84. <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.112> (nov. 20)
- Tortajada-Goitia B, Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Marcos JA, Fernández-Llamazares CM. ‘Encuesta de situación de la telefarmacia aplicada a la atención farmacéutica a pacientes externos de los servicios de farmacia hospitalaria en España durante la pandemia por la COVID-19’. *Farm Hosp.* 2020;44(4):135-40. www.sefh.es/fh/197_04original0211527esp.pdf (nov. 20)
- www.diariofarma.com/2019/03/12/la-labor-conjunta-da-legitimidad-a-las-comisiones-de-farmacia/ (nov. 20)

PAUTAS PARA TELECONSULTA (pp. 50-52)

- GeSIDA. gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/09/TELECONSULTA_Guia_GeSIDA.pdf (nov. 20)
- www.ispor.org (nov. 20)
- Coll P, Jarrín I, Martínez E, Martínez-Sesmero JM, Domínguez-Hernández R, Casado MA. ‘Achieving 2030 UNAIDS goals in human immunodeficiency virus individuals: a simulation model to prioritize interventions for decision making’, presentado en la conferencia ISPOR Europe 2020. Noviembre de 2020.

PACIENTES NAÏVE (pp. 54-55)

- www.sidastudi.org/es/registro/a53b7f-b3707841e701708b32dc780089 (nov. 20)
- AAVV. ‘Características de los pacientes VIH naïve en los últimos diez años en un hospital terciario’. XI Congreso Nacional de GeSIDA, 2019.

MÉDICOS PACIENTES (pp. 62-67)

- GACETA MÉDICA. gacetamedica.com/politica/mas-de-7-000-sanitarios-han-muerto-por-covid-19-en-todo-el-mundo/ (nov. 20)
- RTVE.ES. www.rtve.es/noticias/20201113/profesionales-sanitarios-contagiados-covid-19-superan-50000/2014047.shtml (nov. 20)
- NAIZ.EUS. www.naiz.eus/en/hemeroteca/gara-editions/2020-04-17/hemeroteca_articulos/estamos-viendo-el-beneficio-del-sacrificio-que-realizamos-entre-todos (nov. 20)

HIBIC (pp. 74-82)

- REDACCIÓN MÉDICA. www.redaccionmedica.com/secciones/industria/gilead-reune-a-400-expertos-para-analizar-los-hitos-mas-importantes-en-vih-8745 (nov. 20)
- LA RAZÓN. www.larazon.es/salud/20200224/twgyktxa2vgzodgpuldbh3pse.html (nov. 20)
- cronicaglobal.elespanol.com/vida/hibic-2020-sida-novedades-investigacion_320681_102.html (nov. 20)

ENTREVISTA A RAMÓN ESPACIO (p. 73)

- Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2015. Análisis de la evolución 2000-2015. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida- S.G. de Promoción de la salud y Epidemiología. Madrid; 2016. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/pdf_sida/Informe_Encuesta_hospitalaria_2015_def.pdf (ene. 18)

Carta a los lectores

Amigo lector,

Volvemos a encontrarnos en esta quinta edición de 'Revihsta', nuestro joven y actual foro dedicado a quienes estamos en contacto con el VIH o queremos acercarnos a él de una forma objetiva. También, para quien busca estar al tanto de la actualidad que rodea a esta enfermedad y de las novedades que aparecen en su tratamiento.

Este ejemplar que tienes en tus manos es un poco más especial que los anteriores, ya que también se ve afectado por la situación epidémica que estamos viviendo. Y es que el impacto que la COVID-19 está teniendo en todos los aspectos de nuestra vida también afecta, y de forma muy significativa, al VIH. Por eso, déjame que antes de nada aproveche esta tribuna para agradecer de todo corazón el impagable esfuerzo que están realizando los profesionales sanitarios para atendernos a todos en este difícil momento. Ellos representan lo mejor de nosotros y nos hacen sentirnos orgullosos y esperanzados en que puedan conseguir, con ayuda de los tratamientos y vacunas que estarán disponibles, vencer esta enfermedad.

Muchos de estos médicos y profesionales sanitarios provienen del mundo del VIH. Por eso, confían, como también nosotros, en que no hay virus, por mortal y dañino que sea, que no pueda ser doblegado. Se consiguió con el VIH y estoy segura de que lo haremos también con la COVID-19. En nuestro caso, mucho de lo aprendido en estos treinta años de combate contra el VIH lo hemos podido poner en práctica ahora, y esa es la razón del rápido desarrollo de remdesivir, nuestro ilusionante antiviral cuyos datos de seguridad y eficacia, avalados en diferentes ensayos clínicos, han permitido su aprobación como primer tratamiento para pacientes con COVID-19 por más de cincuenta autoridades regulatorias en todo el mundo.

Pero nuestra dedicación a la lucha contra esta pandemia no nos ha distraído de nuestras demás obligaciones. Por eso, hemos tenido aún más presentes a los pacientes de VIH, con los que nos une un compromiso tan especial. Desde el inicio de esta crisis hemos trabajado con distintas organizaciones para intentar minimizar el impacto de la COVID-19 en estos enfermos. Y así, establecimos una colaboración con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria para la implantación de un ambicioso programa de 'home delivery' con el que garantizar que los afectados por VIH pudiesen acceder a sus tratamientos sin necesidad de desplazarse al hospital. Por otro lado, colaboramos con Cesida en la convocatoria extraordinaria de becas para ayudar a aquellos colectivos más vulnerables.

También, está siendo para nosotros un motivo de preocupación el hecho de que esta crisis pueda afectar gravemente a la consecución de los objetivos 95-95-95-95 en nuestro país debido a una reducción de las consultas y de los nuevos diagnósticos. Ésta es una amenaza a la que nos debemos anticipar trabajando conjuntamente todas las partes interesadas. Es fundamental reforzar el diagnóstico temprano, así como garantizar el acceso a tratamientos innovadores que aporten el mayor beneficio posible para los pacientes, reduciendo las toxicidades, las interacciones y garantizando la simplicidad.

Por último, amigo lector, espero que sean de tu interés todas las demás aportaciones que puedas encontrar en esta edición de nuestra 'Revihsta'. Con esa intención se han escrito. Y con el mismo cariño y dedicación te las ofrecemos a ti.

Bienvenido a esta nueva edición y espero que nos encontremos aquí, de nuevo, muchas veces más.



María Río

Vicepresidenta y Directora
General de Gilead España



VIH & COVID

José Ramón Arribas

He vivido dos pandemias durante mi ejercicio profesional. La primera fue la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que empezó cuando yo era residente de Medicina Interna en el Hospital La Paz y casi la mitad de los pacientes ingresados en mi planta eran personas infectadas por el VIH. Desde finales de diciembre del año pasado, estoy viviendo mi segunda pandemia, la enfermedad COVID-19 causada por el betacoronavirus SARS-CoV-2, cuyos afectados llegaron a ocupar casi todo mi hospital durante la primera ola, de febrero a abril, y que actualmente representan aproximadamente un 20% de nuestras camas.

VIH y COVID-19 son paradigmas de enfermedades causadas por virus emergentes que son los que causan enfermedad en el ser humano por primera vez. En el congreso de GeSIDA de 2017 me invitaron a hablar sobre VIH y virus emergentes. Me he convertido en un “experto” en virus emergentes sin haber salido nunca de mi hospital. Además del VIH y de la COVID-19, han venido a llamar a la puerta de La Paz el ébola, en 2014, y el virus Crimea-Congo, en 2016. En mi presentación en el congreso volví a citar a **Bill Gates**, que sentenció **¡hace cinco años!: “Si algo puede matar a más de diez millones de personas en las próximas décadas, lo más probable es que no sea una guerra sino un virus altamente infeccioso. No serán misiles, serán microbios”**. A la hora de escribir esta presentación, el número de casos de COVID-19 declarados oficialmente son más de 46 millones y el de fallecidos más de 1,2 millones. La mayoría opinamos que los números reales son aún mayores: esta estadística no tiene en cuenta el profundo impacto que COVID-19 está teniendo en la morbi-mortalidad de la patología no-COVID. Si no llegamos a disponer de vacunas o tratamientos muy eficaces pronto, es muy probable que la profecía de Bill Gates acabe cumpliéndose cuantitativamente en todos sus términos.

Me resulta difícil explicar el proceso mental que nos empuja a los humanos a negar la realidad del riesgo periódico de epidemias y pandemias y, lo que es peor, a no tomar las medidas para estar preparados cuando llegan. Cuando escribo esto, también se celebran las elecciones en Estados Unidos: todos los presidentes americanos desde Nixon han tenido que enfrentarse con una epidemia o con una pandemia. Todos han tenido que lidiar con

el VIH. Clinton, con la gripe H5N1 en 1997 y con la encefalitis del Nilo Occidental en 1999; George Bush hijo, con el SARS en 2003 y con la gripe H5N1 en 2003; Barack Obama, con la gripe H1N1 (2009), chikunguya (2013), ébola (2014) y zika (2015). Por último, Donald Trump ha tenido que enfrentarse como presidente, y como paciente, a COVID-19 en 2020. Espero que ésta sea la última vez en la historia que una epidemia o pandemia nos pilla por sorpresa y sin una preparación adecuada. Dice **Yoval Harari** en su libro *Homo Deus*: **“A principios del siglo XXI, el humano medio tiene más probabilidades de morir de un atracón en un McDonald’s que a consecuencia de una sequía, el ébola o un ataque de al-Qaeda; si, a pesar de ello, una epidemia escapa a nuestro control, se debe más a la incompetencia humana que a la ira divina”**. Hay que reconocerlo: hemos sido incompetentes.

En el Congreso de GeSIDA de Vigo recordé a la audiencia que cuando se describieron los primeros casos de sida en 1981 no existía internet, que empezó a ser un medio de comunicación habitual en 1983; la reacción en cadena de la polimerasa no se inventó hasta 1985; y la secuenciación de nueva generación empezó a estar disponible en 1990. ¿Qué pasaría si nos tuviéramos que enfrentar a una pandemia como la de VIH en el siglo XXI cuando ya tenemos disponibles todos estos medios? Uno de mis pronósticos fue que habría mucha mayor repercusión desde el minuto uno en los medios de comunicación y en las redes sociales. En efecto, ésta ha sido la primera pandemia de la humanidad que cualquiera conectado a Internet ha podido seguir en directo, en tiempo real. También aposté a que el virus se identificaría mucho más precozmente, y así ha sido. A la comunidad científica le costó dos años identificar el VIH mientras que a los colegas chinos les llevó menos de un mes subir la secuencia completa de SARS-CoV-2 a un repositorio de acceso libre. No hay duda de la mejora en nuestra capacidad de diagnóstico.

En otras predicciones no acerté. Pronostiqué que la transmisión de información “sería más precisa”. No ha sido así. La avalancha de información ha sido inmanejable y, en muchas ocasiones, han coexistido la información veraz y los bulos. Los médicos no hemos sido ajenos al impacto de las comunicaciones científicas de baja calidad. Durante las primeras semanas, a pesar de habernos declarado firmes defensores de la medicina basada en la evidencia, nos dejamos influir por publicaciones que eran meras anécdotas y que en circunstancias normales jamás hubieran dictado la manera de tratar a nuestros pacien-

«Cuando se describieron los primeros casos de sida en 1981 no existía internet, que empezó a ser un medio de comunicación habitual en 1983; la reacción en cadena de la polimerasa no se inventó hasta 1985; y la secuenciación de nueva generación empezó a estar disponible en 1990. ¿Qué pasaría si nos tuviéramos que enfrentar a una pandemia como la de VIH en el siglo XXI cuando ya tenemos disponibles todos estos medios?»



tes. El mejor ejemplo es el de la hidroxiclороquina, con o sin azitromicina, que pasará a los anales de las publicaciones con menor calidad de evidencia. A pesar de ello, tuvo un impacto enorme en los protocolos de tratamiento. Es verdad que algunos grupos de médicos y redes de investigación mantuvieron la calma y fueron capaces de llevar adelante ensayos clínicos de elevada calidad. Estos estudios demuestran que, incluso en circunstancias muy adversas, es posible llevar a cabo la mejor investigación clínica adaptada a las circunstancias. Gracias a sus resultados, podemos entender mejor cuáles son las mejores opciones terapéuticas; además, nos ayudan a comprender la patogenia de la enfermedad.

Tampoco pronostiqué con acierto el impacto que una pandemia de transmisión respiratoria tendría sobre el sistema sanitario en su conjunto. Me quedé impresionado cuando leí en el informe de la comisión conjunta de la OMS-China (16-24 febrero de 2020): “El virus COVID-19 es un nuevo patógeno altamente contagioso que se puede extender rápidamente y debe ser considerado capaz de causar un enorme impacto en

la salud, en la economía y en la sociedad de cualquier lugar. No es como el SARS ni como la gripe”. Esta frase sí ha resultado profética. COVID-19 puede destruir hasta los mejores sistemas sanitarios y quebrantar nuestro modo de vida y nuestro desarrollo económico.

COVID-19 ha tenido también un gran impacto en la forma en que tratamos a las personas que viven con el VIH. Afortunadamente, la evidencia acumulada durante estos meses parece avalar que la persona que vive con VIH y está bien controlada virológica e inmunológicamente no tiene un riesgo claramente aumentado ni de infectarse ni de tener una enfermedad grave. Sin embargo, y como ha pasado con otras patologías, nuestra forma de atender a los pacientes ha tenido que adaptarse a las circunstancias. Durante los picos de la epidemia en España, hemos tenido que limitar al máximo las visitas presenciales al hospital y hemos empezado a dar nuestros primeros pasos en el seguimiento a distancia de nuestros pacientes. No podemos hablar de telemedicina de acuerdo a la definición de la OMS: **“Prestación de servicios de salud (en los que la distancia es un factor determinante) por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación, y para la formación continuada de profesionales sanitarios, todo ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y de las comunidades”**. Aún estamos lejos de practicar la auténtica telemedicina. Hemos tenido que recurrir en la mayoría de los casos al contacto exclusivamente telefónico con nuestros pacientes. Afortunadamente, la seguridad y la eficacia de los tratamientos antirretrovirales de los que disponemos en el momento actual nos ha facilitado la labor del seguimiento a distancia. También, los servicios de Farmacia deben ser felicitados por las facilidades que han dado para que los pacientes pudieran recibir su medicación sin tener que acudir al hospital. Hay que alabar a GeSIDA por su rápida reacción al publicar recientemente un documento sobre teleconsulta para personas que viven con VIH (ver información en páginas 41 a 43).

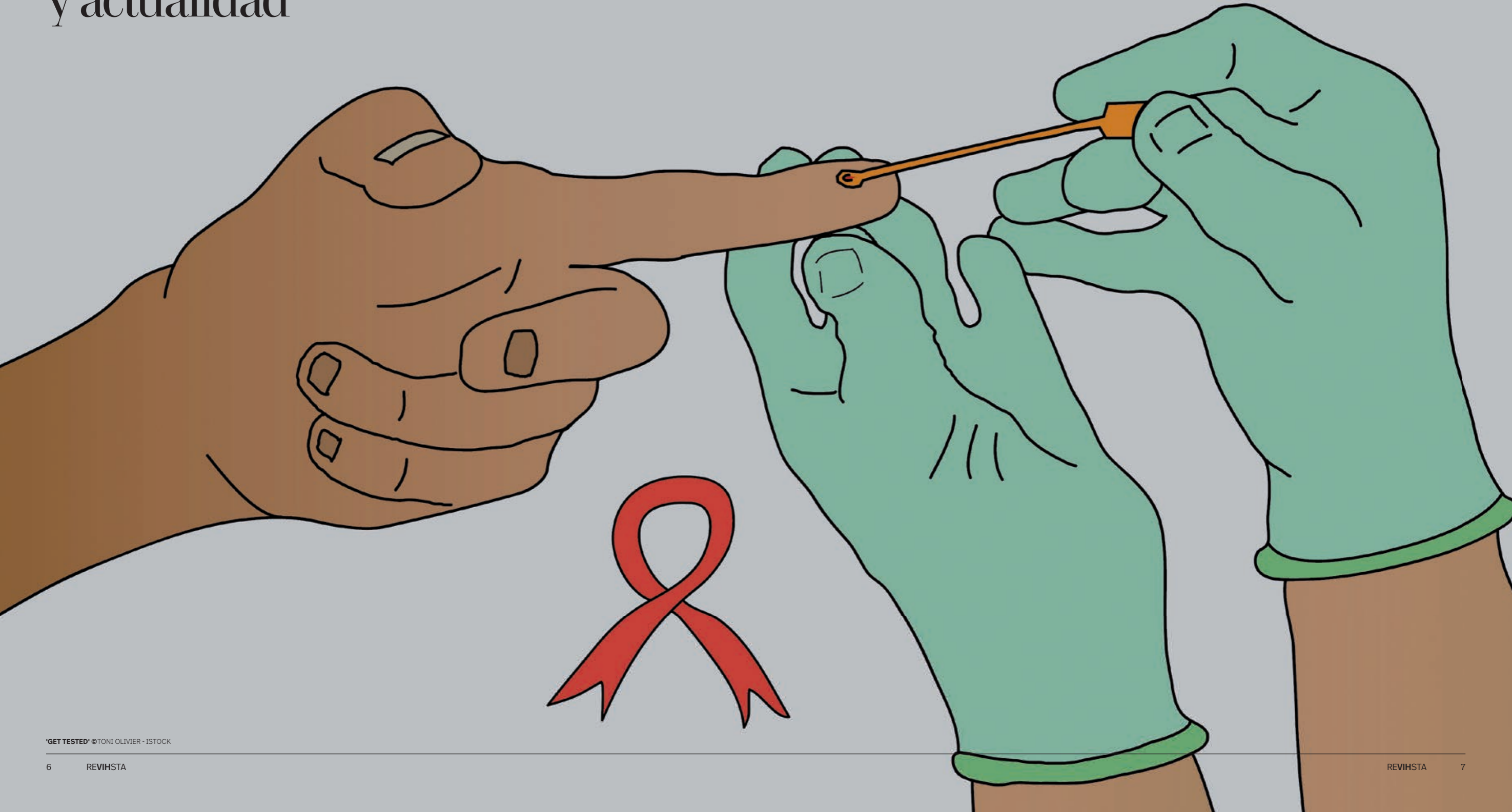
Espero, finalmente, que las vacunas y los tratamientos disponibles sean capaces de poner fin a la pandemia de COVID-19. Más importante aún es que superemos nuestro proceso mental de negación y realmente haya una preparación global para la próxima pandemia.



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.







© LIL TUFFY / INTERNATIONAL AIDS SOCIETY

El año en el que coronavirus eclipsó al VIH

Por vez primera en su historia, la principal cita mundial en investigación sobre el VIH, la World AIDS Conference 2020, tuvo que celebrarse virtualmente. La reunión estaba prevista en San Francisco y Oakland, del 6 al 10 de julio, pero la pandemia de COVID-19 obligó a la International AIDS Society a cambiar sus planes. Resumimos sus conclusiones en diez hitos.

Como tantos eventos este año, la 23ª Conferencia Internacional sobre VIH pudo salir adelante a través de la pantalla. Se enviaron 6.563 abstracts, de los que fueron admitidos 2.404, el 55% de ellos con firma de mujer y el 32% procedente de África. Asistieron a la conferencia delegados de 175 países. Las conexiones entre las pandemias de VIH y COVID-19 absorbieron buena parte de la cita. “Vivimos unos tiempos importantísimos para el movimiento VIH y para el mundo. La pandemia y cómo puede ésta alterar el racismo sistémico en el que vivimos concentra todas nuestras conversaciones”, dijo en la apertura **Anton Pozniak**, presidente científico de la cita. Que añadió: “Los desafíos del VIH y COVID-19 están relacionados, al igual que la respuesta global. Los esfuerzos de distanciamiento social y los bloqueos gubernamentales han interrumpido los esfuerzos de prevención y tratamiento del VIH y han dejado en suspenso la investigación”

Winnie Byanyma, directora ejecutiva de ONUSIDA, presentó el informe ‘Seizing the Moment: Tackling entrenched inequalities to end epidemics’ (‘Aprovechar el momento: abordar las desigualdades arraigadas para poner fin a las epidemias’) y puso de manifiesto con cierto pesimismo que, “incluso antes de la aparición de COVID-19, el mundo no estaba en camino de alcanzar su objetivo de acabar con el sida como amenaza para la salud pública para 2030”.

Por su parte, **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, director general de la OMS, compartió sus conclusiones de un estudio de su organización que muestra importantes afecciones de la pandemia a la lucha contra el VIH. “Los resultados de esta encuesta son profundamente preocupantes. Los países y sus socios para el desarrollo deben hacer todo lo posible para garantizar que las personas que necesitan tratamiento contra el VIH sigan accediendo a él. No podemos permitir que la pandemia de COVID-19 deshaga los logros obtenidos con tanto esfuerzo en la respuesta global a esta enfermedad”, destacó.

1 NO HAY VÍNCULO ENTRE VIH Y COVID-19

A pesar de algunas hipótesis iniciales, un análisis de la mayor cohorte de personas con VIH en Estados Unidos revela que éstas no tienen más probabilidades de contraer COVID-19, y que las que contraen COVID-19 tampoco tienen más probabilidades de desarrollar VIH. Los datos del Estudio de Cohorte sobre Envejecimiento de Veteranos son concluyentes: la tasa acumulada de positivos por COVID-19 fue del 9,7% entre las personas que ya tenían VIH y del 10,1% entre las que no lo tenían. Los veteranos de raza negra mostraron una probabilidad un 70% mayor de contraer el virus que los de raza blanca, y los latinos un 40% más, pero esta diferencia no difiere entre los pacientes con o sin VIH. Las tasas de hospitalización, ingreso en UCI o mortalidad fueron en ambos casos muy similares. Otros estudios corroboran estas conclusiones; sólo una investigación surafricana admite que las personas con VIH tienen un mayor riesgo de mortalidad al enfermar de COVID-19.

WWW.AIDS2020.ORG/AIDS-2020-VIRTUAL-STUDIO/
WWW.IASOCIETY.ORG
WWW.UNAIDS.ORG/ES
GTT-VIH.ORG/ACTUALIZATE/ACTUALIZACION_EN_TRATAMIENTOS/15-07-2020_AIDS2020#COVID
WWW.AIDSMAP.COM/NEWS/JUL-2020/
ÚLTIMO ACCESO: NOVIEMBRE DE 2020

2 LAS COMUNIDADES LGTB CON VIH, MÁS AFECTADAS POR LA PANDEMIA

Una encuesta desarrollada entre los meses de abril y mayo, a través de redes sociales y sitios de citas de la comunidad LGTB, revela que las medidas adoptadas frente a la COVID-19 han tenido un impacto significativo sobre la salud y la seguridad económica de las personas LGTB. Según los datos de la encuesta, el 21% de los pacientes con VIH declara que el acceso a su tratamiento se ha visto limitado o dificultado y el 7% pone de manifiesto que sus antirretrovirales o bien se habían acabado o estaban a punto de hacerlo. Desde el punto de vista económico, el 13% de los encuestados afirma haber perdido su puesto de trabajo como resultado del confinamiento y un 44% se muestra preocupado por la situación y el futuro. En cuanto a la inseguridad alimentaria, el 23% reconoce estar comiendo menos o saltarse comidas. Y por lo que se refiere al trabajo sexual, éste ha pasado de ser una fuente de ingresos para el 2% de los encuestados, frente al 13%

3 EL USO DE LA PREP CAE

Investigadores de un centro comunitario de Boston especializado en salud sexual han encontrado que la pandemia está afectando al uso y permanencia de la PrEP, especialmente entre las poblaciones más vulnerables. A pesar del fomento de la teleasistencia, el inicio a tratamiento PrEP cayó en un 72% de enero a abril, según el estudio presentado por **Douglas Krakower**, del Beth Israel Deaconess Medical Center; y las interrupciones o discontinuidades en su administración se dispararon un 278%. Este dato afecta sobre todo a menores de 27 años y a población no blanca y sin seguro médico. Las pruebas de detección de HIV, gonorrea y clamidia cayeron un 85%.

Erik Lamontagne, en la pantalla de abajo, en una de las videoconferencias, charlando con otros participantes.



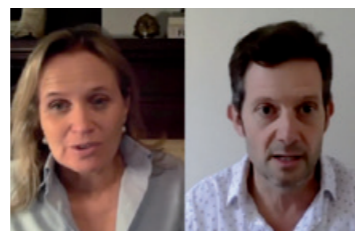
de antes de la pandemia. Las conclusiones del estudio fueron presentadas por **Erik Lamontagne**, de ONUSIDA. 20.000 personas de 140 países respondieron a las preguntas. Tres cuartas partes de ellas se encontraban en ese momento total o parcialmente confinadas. El 12% tenía VIH y el 94% de estos recibía tratamiento antirretroviral. Un segundo estudio para determinar las consecuencias de las medidas gubernamentales frente a la COVID-19 sobre el acceso a los servicios de prevención del VIH revela que por cada aumento de diez puntos en la severidad de las medidas se registra una reducción de otros diez puntos en las probabilidades de acceder en persona a las pruebas diagnósticas; de nueve puntos para acceder a la PrEP; de seis puntos para acceder a preservativos; y de dos puntos para acceder a los kits de autorrealización de la prueba. Esta situación afecta en mayor proporción a los menores de 24 años y a las personas con menor poder adquisitivo.

4 EL MENSAJE I=I NO ESTÁ ACEPTADO POR IGUAL EN TODO EL MUNDO

Distintos estudios presentados en el IAS 2020 reflejan que el grado de concienciación y aceptación del binomio indefectible = intransmisible no es el mismo, según dónde se pregunte. Y eso a pesar de que existen evidencias concluyentes de que las personas con carga viral indefectible gracias al efecto de los antirretrovirales no pueden transmitir el VIH durante sus relaciones sexuales. La campaña comunitaria I=I arrancó en 2016 en Nueva York, y desde entonces se ha extendido hasta implicar a mil organizaciones de cien países. Pero mientras en Vietnam el mensaje I=I se ha convertido en eje central de todos los esfuerzos para prevenir el VIH y en la actualidad el 95% de las personas en tratamiento tiene una carga viral indefectible, en Brasil el nivel de conocimiento de ese mensaje es bajo fuera de los grupos más directamente afectados por el VIH. Las cifras lo corroboran: el 90% de las personas con VIH conocen y están de acuerdo con la estrategia I=I, pero ese porcentaje baja al 68% entre los gays, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres y al 35% en el resto de grupos.

6 SOBRE LA TERAPIA GÉNICA Y LA INMUNOTERAPIA COMO ESTRATEGIAS DE CURACIÓN

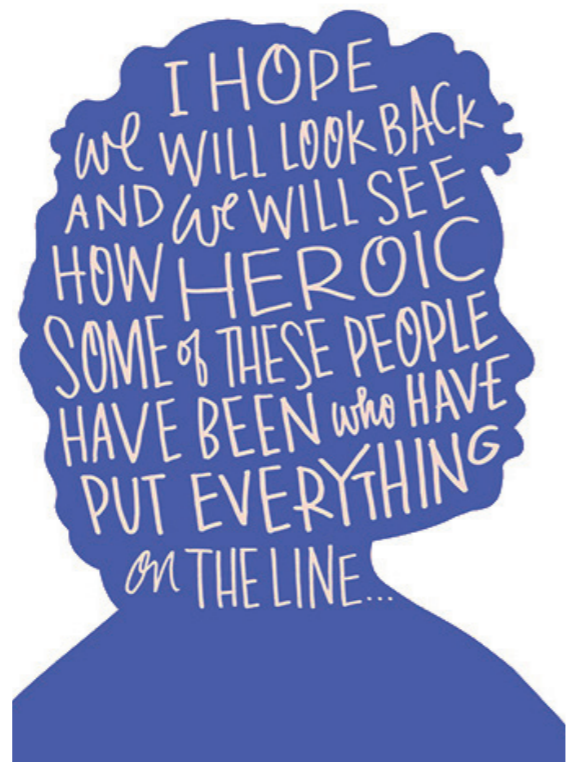
Días antes del IAS 2020, pero en su mismo entorno, en un evento enfocado en la curación del VIH, se debatió en torno a la terapia génica y a la inmunoterapia como soluciones a gran escala en el futuro. Para certificarlo, **Sharon Lewin** se refirió a los casos ya conocidos de **Timothy Ray Brown** y **Adam Castillejo**, que se curaron del VIH después de someterse a sendos trasplantes de células madre de donantes que presentaban una mutación en el gen que codifica co-receptor CCR5. **John Frater** afirmó que una remisión prolongada del VIH es más probable con inmunoterapia, y no tanto con terapias génicas.



Sharon Lewin y John Frater, durante su presentación en videoconferencia

5 LA RESILIENCIA, CLAVE PARA ENVEJECER BIEN CON VIH

El estudio Living Positive, desarrollado en Queensland, Australia, ha realizado tres entrevistas anuales a 73 personas con VIH de entre 34 y 75 años. Dos tercios de ellas tenían más de 50 años y el 85% eran hombres. La mayor parte de declaró padecer comorbilidades como cáncer, enfermedades cardíacas o diabetes. Pero todos ellos subrayaron la sensación de invisibilidad que acompaña al hecho de envejecer con VIH. El aislamiento social se incrementa, apuntaron, por el estigma, la mala salud y una mayor discriminación debida a la edad. Sin olvidar que también inciden otros factores como los ingresos económicos y la vivienda. ¿Cómo hacer frente a esto? La respuesta fue clara: fomentar la resiliencia y dotar de más significado a sus vidas. Otro estudio canadiense presentado en el IAS 2020 también coincide en que el enfoque del VIH en personas mayores debe ir mucho más allá de lo puramente biomédico. Las estructuras de apoyo social se revelan clave para el futuro.



© LARA MCCORMICK / INTERNATIONAL AIDS SOCIETY

«Como sucedió con la epidemia del sida, la nueva crisis del coronavirus ha vuelto a poner el foco en algunas cuestiones demasiado familiares a nuestra comunidad: ¿es el cuidado de la salud un lujo sólo al alcance de los ricos?, ¿quién tiene acceso a los últimos tratamientos?, ¿qué inversiones económicas, científicas y políticas se requieren para encontrar una cura o una vacuna?, ¿cómo proteger a los más vulnerables? Tenemos más preguntas que respuestas (sobre la COVID-19), pero una cosa sí sabemos: hay mucho que aprender de la respuesta global del VIH»

KEVIN OSBORNE
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA
INTERNATIONAL AIDS SOCIETY



7 EL USO DE LA PREP VA CAMBIANDO CON EL TIEMPO

Dos estudios desarrollados en San Francisco y Australia muestran cómo el uso de la profilaxis per-exposición (PrEP) cambia con el paso del tiempo. Más de la mitad de las personas que comienza a emplear PrEP continúa usándola cinco años después, pero al mismo tiempo se advierten peligrosas discontinuidades que hacen que el riesgo de contraer VIH aumente. Al año de iniciar su uso, el 75% continúa vinculado a la PrEP; a los dos años, el porcentaje cae al 64%; y al 56% a los cinco años. Fue la conclusión expuesta por **Jonathan Volk** a propósito de una encuesta a gran escala entre los miembros de la organización Kaiser Permanente de San Francisco. El estudio australiano, presentado por **Nicholas Medland**, del Kirby Institute de la Universidad de Nueva Gales del Sur, en Sidney, corrobora que el uso de PrEP ha aumentado, pero también advierte de un uso inconsistente que muestra un cambio en la percepción del riesgo. El análisis incluyó a 35.909 pacientes, de los que el 98,5% eran hombres con una media de edad de 35 años. Este mismo estudio subraya que la probabilidad de que las mujeres, los jóvenes o aquellos que viven lejos del centro de las ciudades abandonen el tratamiento o lo hagan de manera discontinua es notablemente mayor.

8 SÓLO EL 53% DE LOS NIÑOS RECIBE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ÁFRICA

ONUSIDA hizo pública una declaración durante el IAS en la que ponía de manifiesto que poco más de la mitad de los 1,8 millones de niños africanos con VIH están recibiendo tratamiento, frente al 67% de los adultos. Esto es debido, en parte, a los problemas para acceder a las formulaciones pediátricas de los antirretrovirales. Pero la realidad es que un gran porcentaje de niños africanos ni siquiera está diagnosticado. Durante el evento se presentaron además datos sobre la indexación en población pediátrica de doce países en donde actúa el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para Paliar el Sida (PEPFAR). En 2019, 825.000 niños se sometieron a pruebas. Ocho de los doce países registraron un aumento significativo respecto a 2018, con Etiopía a la cabeza (diez veces más que el año anterior), seguida de Tanzania, Sudáfrica, Nigeria, Zambia y Kenia (todas ellas duplicaron el número de pruebas de indexación). Los más pequeños (de 1 a 4 años) arrojaron el índice positivo más alto (4,5%), si bien el porcentaje oscila mucho entre los diferentes países.

«Es preciso hacer un gran esfuerzo para reducir desequilibrios raciales en la prescripción y uso de la PrEP en población de riesgo, y también para apoyar una adherencia continuada y consistente del tratamiento»

JONATHAN VOLK
KAISER PERMANENTE SAN FRANCISCO



9 DESIGUALDADES ENTRE LA COMUNIDAD GBHSH EN REINO UNIDO

Las tasas de VIH siguen disminuyendo en Inglaterra: un 40% entre 2014 y 2018. La PrEP es cada vez más utilizada entre los hombres gays, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres. Pero estos avances, según un estudio en el que han participado cientos de clínicas inglesas de salud sexual, no se reparten por igual entre los distintos subgrupos de esta amplia comunidad. Los hombres de raza negra y los de otras minorías étnicas avanzan claramente más despacio: la reducción de nuevos diagnósticos es del 67%, frente al 74% entre los de raza blanca. Otro estudio que analiza la tasa de adopción de la PrEP en Londres y Brighton en una cohorte de 1.167 personas muestra que pasó de 0% a 43% entre 2013 y 2018. No tener empleo o no disponer de una vivienda estable son factores decisivos que reducen la probabilidad de iniciar la PrEP.

10 CÓMO MEJORAR LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS 'SIN HOGAR'

La doctora **Elizabeth Imbert**, de la Universidad de California en San Francisco, presentó las conclusiones del programa POP-UP en un hospital de la ciudad que atiende a 2.500 personas que no cuentan con seguro de salud privado. Un tercio de ellas no tienen hogar o no cuentan con hogar estable, lo que dispara la probabilidad de contraer VIH y reduce la entrada en el circuito habitual de atención primaria, según el estudio. El programa, centrado en las personas, intensivo, sin barreras y con algunos incentivos asociados a la adherencia, ha contribuido a que esa población vulnerable en San Francisco acceda a tratamiento antirretroviral y aumente su adherencia: el 79% de los participantes retomaron su tratamiento a los siete días de iniciados en el programa, el 91% de ellos regresó a consulta a los tres meses, y el 54% consiguió la supresión viral a los seis meses. Facilitar el acceso al tratamiento (visitas sin cita previa) y estrechar la relación con los profesionales sanitarios que los atienden son factores que esta población —con problemas de salud mental y de consumo de drogas asociados— valora especialmente para continuar en tratamiento, según otro estudio asociado presentado por Madallena Conte, de la misma universidad.

«Programas de atención primaria sin barreras, intensivos, integrales y con incentivos pueden mejorar los resultados de pacientes VIH sin hogar o sin un hogar estable»



ELIZABETH IMBERT
UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA
EN SAN FRANCISCO



Diez recomendaciones para la atención de pacientes VIH en el contexto de la pandemia COVID-19

- 1 Reducir la frecuencia y la duración de las visitas al centro de salud. El paciente debe interactuar con el menor número posible de profesionales.
- 2 Extender la dispensación de tratamientos antirretrovirales y PrEP hasta seis meses y planificar la operativa que minimice las interrupciones de la cadena de suministro y garantice la disponibilidad de medicamentos.
- 3 Potenciar los puntos de acceso comunitarios fuera del circuito sanitario convencional. La recogida y el reabastecimiento de medicamentos deben estar lo más descentralizados posibles.
- 4 Adaptar las instalaciones de salud para apoyar las medidas básicas de control COVID-19.
- 5 Apoyo a la adherencia a través de plataformas virtuales. Los proveedores deben optimizar las consultas por teléfono y el uso de canales online para mantener los servicios básicos de VIH y apoyar la participación de la comunidad durante el distanciamiento físico.
- 6 Las campañas de prevención deben vehicularse a través de plataformas virtuales. También los suministros de material de prevención deben hacerse a través de puntos descentralizados. Recetas y surtidos de PrEP deben ampliarse a varios meses. Debe aumentar la autoprueba de VIH y priorizarse para las personas que toman PrEP, las parejas de personas que viven con VIH y mujeres embarazadas.
- 7 Asegurar el acceso al tratamiento el mismo día del diagnóstico, y preferiblemente en el mismo lugar en el que se hace la prueba, con seguimiento y monitorización posterior a través de plataformas digitales siempre que sea posible. El inicio inmediato del tratamiento facilita la derivación a otros servicios si es necesario: reducción de daños, prevención de la transmisión materno-infantil, apoyo psicosocial, servicios de salud sexual...
- 8 Continuar con las pruebas y el tratamiento de coinfecciones y comorbilidades por VIH, especialmente tuberculosis y hepatitis víricas.
- 9 Garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos a todos los niveles.
- 10 Aprovechar la tecnología para garantizar el acceso digital a los servicios de salud de manera sencilla y económica.



El informe 'COVID-19 & VIH. A Tale of Two Pandemics', editado por la IAS, denuncia cómo la nueva pandemia puede poner en peligro la lucha contra el VIH. El 85% de los programas a nivel mundial se ha visto afectado.

COVID-19 & VIH. Historia de dos pandemias

Los cambios introducidos por muchos países para adaptar sus sistemas de salud y sus economías a la pandemia de COVID-19 amenazan con relegar las urgentes y continuas necesidades de las personas que viven con VIH, y hacer así retroceder décadas de progreso duramente ganado.

Con este párrafo tan rotundo se abre el informe 'COVID-19 and HIV: A Tale of Two Pandemics', editado por la International AIDS Society (IAS) poco después de la 23ª Conferencia Internacional sobre el Sida de San Francisco. El informe pone de manifiesto cómo la nueva pandemia ha impactado a la investigación y a la lucha contra el VIH. El dato es muy relevante: el análisis de los programas apoyados por el Global Fund

to Fight HIV, Tuberculosis and Malaria en 106 países muestra que las interrupciones en la prestación de servicios han afectado al 85% de los programas de VIH.

Interrupciones en la cadena de suministro, logística o presentación de informes han limitado la capacidad de los países para mantener o ampliar los servicios relacionados con el VIH. "El panorama es complejo: COVID-19 ha concentrado la atención médica y ha puesto al descubierto las desigualdades", subraya. Los más afectados por esta situación son las poblaciones más vulnerables: hombres que tienen sexo con otros hombres, personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales y personas transgénero. "Estas poblaciones están experimentando más estigma, más persecución y

mayores dificultades económicas", denuncia el informe.

Según la IAS, los confinamientos decretados han exacerbado el estigma hasta el punto de que personas que tienen VIH en trece países africanos han decidido renunciar a intentar obtener sus antirretrovirales por miedo a ser señalados. En Malawi, por ejemplo, se han interrumpido las pruebas de carga viral porque no se consideran esenciales, y en Uganda y Zimbabwe se detectan serios obstáculos como una menor disponibilidad de tratamientos, dificultades para acceder a las instalaciones donde se dispensan, acoso policial, actitudes negativas por parte de profesionales sanitarios o deficiencias en el transporte público.

Una encuesta desarrollada en abril en 29 países de Amé-

rica Latina y Caribe revela que el 70% de las personas con VIH no tienen antirretrovirales garantizados para los próximos dos meses. Otro 37% no tiene la opción de poder acudir a servicios adaptados durante la COVID-19: consultas por teléfono o internet, entrega de medicamentos a domicilio o renovaciones prolongadas de los tratamientos. Comunidades vulnerables en Bangladesh, Bielorrusia, Puerto Rico, Coreal del Sur y Uganda han padecido una renovada persecución y discriminación bajo los estados de emergencia decretados por la COVID-19. Y se prevé que esta situación empeore debido al aumento del desempleo, la inestabilidad de la vivienda y la inseguridad alimentaria. Distintos estudios confirman que en Estados Unidos y en el Reino Unido las personas de raza negra y otras minorías étnicas están más expuestas al VIH y arrojan tasas de mortalidad por COVID-19 más altas que en otros grupos.

Injusticia social, violencia sexual y de género, racismo estructural... Y ahora la pandemia. La IAS sostiene que en el contexto COVID-19, y por lo que se refiere a pacientes con VIH, es esencial acelerar y adaptar la prestación de servicios diferenciados, multiplicar los puntos de servicio descentralizados fuera del circuito asistencial habitual, y garantizar la continuidad de las pruebas y los programas de prevención. "La respuesta al VIH en esta situación debe realizarse con un enfoque basado en los derechos humanos y centrados en la comunidad. El verdadero progreso requiere abordar desigualdades estructurales profundamente arraigadas para proteger a los más marginados", concluye.



¿Y si las estrategias de curación fueran distintas en hombres y mujeres?

CROI 2020

LA CONFERENCIA SOBRE RETROVI-RUS E INFECCIONES OPORTUNISTAS (CROI), congregó virtualmente a 4.000 de los más importantes investigadores mundiales sobre VIH y sida. Como cada año, se compartieron hallazgos y conclusiones de máximo interés.

Por ejemplo, que los tratamientos contra el VIH a base de dolutegravir o tenofovir son la opción más segura y eficaz para mujeres embarazadas, según los resultados del estudio IMPAACT 2010 presentados por Lameck Chinula, de la Universidad de Carolina del Norte. Ambos se asocian con menos nacimientos prematuros y con una menor mortalidad neonatal.

También, se expuso que la cura para el VIH puede funcionar de manera diferente en hombres y mujeres dadas las diferencias sexuales en la dinámica del reservorio viral, el papel del estrógeno en el mantenimiento de la latencia viral y las sutiles diferencias inmunológicas entre ambos sexos, según un estudio presentado por Eileen Scully de la Universidad Johns Hopkins. Scully subrayó que, aunque la mitad de las infecciones por VIH ocurren en mujeres y niñas, el registro de mujeres cisgénero y transgénero en ensayos clínicos y estudios de investigación básica es muy limitada, por lo que es fundamental que más mujeres participen en estos estudios.

Y otra investigación más puso de manifiesto que quienes inician temprano su tratamiento antirretroviral y disponen de

buena atención sanitaria pueden aspirar a tener la misma esperanza de vida que personas sin VIH, si bien padecerán comorbilidades de importancia hasta 16 años antes que la población general. Para este estudio, desarrollado en Estados Unidos entre 2000 y 2016, se analizaron datos procedentes de 39.000 personas con VIH y de 387.767 personas sin el virus.

EN LO QUE SE REFIERE A LA CURA, LO MÁS DESTACADO FUE:

- Un niño de cuatro años que contrajo el VIH durante su gestación, comenzó la terapia dos días después de nacer y la dejó un año después lleva ya tres años con carga viral indetectable (en remisión sostenida).
- Se ha creado por primera vez una vacuna que induce a las células humanas a generar anticuerpos neutralizantes contra el VIH. Este puede ser un paso importante hacia una vacuna que podría funcionar tanto para la prevención como para el tratamiento del VIH.
- En un simposio previo al CROI, se describió el progreso realizado en dos enfoques diferentes para curar el VIH. Uno se refiere a la utilización de terapias para purgar del cuerpo la mayoría de las células infectadas por VIH y suprimir el resto; en el otro, se utilizan técnicas de

ingeniería genética para producir células CD4 inmunes al VIH o células CD4 que muestran nuevas reacciones inmunes hipersensibles al virus.

● Dadas las diferencias inmunológicas entre hombres y mujeres, es posible que el sexo sea un factor crucial que afecte al éxito de las estrategias de curación

EN LO QUE SE REFIERE A LA PREVENCIÓN, LO MÁS DESTACADO FUE:

- El dinero extra que la sanidad estadounidense debería pagar por la nueva versión de PrEP no se justifica en razón de sus menores efectos secundarios, según un estudio que analiza su coste-efectividad.
- En Australia, entre 2012 y 2017, la supresión viral a nivel comunitario se asocia a una gran caída en el número de nuevas infecciones entre hombres que tienen sexo con hombres y bisexuales.



El estudio mide el impacto de profilaxis pre-exposición antes de que la PrEP estuviera disponible en ese país.

● En África, sin embargo, el impacto en las nuevas infecciones de las estrategias de prueba y tratamiento es más modesto, según cuatro estudios. Kevin de Ciock afirmó que el triple objetivo de ONUSIDA 90-90-90 “no lleva a la eliminación del VIH” y que “la universalización del ‘test and treat’ no podrá controlar por sí mis-

ma una epidemia generalizada de VIH”.
 ● Aunque no ha habido aún mucha investigación sobre la profilaxis posterior a la exposición (PEP), los estudios en animales sugieren que una o dos dosis de nuevos fármacos podrían ser suficientes siempre que se tomen en las primeras 24 horas después de la exposición al VIH.
 ● Tomar PrEP mientras se tiene una infección aguda por VIH no diagnosticada puede complicar las pruebas precisas al reducir o retrasar la detección de antígenos virales o las respuestas de anticuerpos de un individuo al virus. Un estudio en Tailandia subraya que es probable que se produzca resistencia a los medicamentos si se continúa tomando PrEP durante dos o más semanas después de la infección.
 ● Tomar PrEP no sólo protege contra el VIH sino que reduce diez veces el riesgo de contraer hepatitis B.

Cómo los pacientes con VIH pueden mejorar la calidad del sueño

Glasgow 2020



A la izquierda, tradicional exposición de posters científicos del Congreso Internacional sobre Terapia Farmacológica del VIH de Glasgow. Sobre estas líneas, el logotipo de la edición de 2020.

HIVGLASGOW.ORG

Se estima que las alteraciones del sueño afectan a un 60-70% de las personas que viven con VIH. Dormir mal repercute en la calidad de vida y en los resultados de salud de estos pacientes más que en la población general. Dado el impacto que pueden tener estos trastornos, resulta esencial identificarlos en consulta para manejarlos después de la forma más conveniente. Entre los estudios presentados en el **Congreso Internacional sobre Terapia Farmacológica del VIH de Glasgow**, destacó uno de la Clínica de Salud Sexual Salford Shine de Manchester (Reino Unido) que ofrece al respecto resultados muy prometedores: la simple aplicación de una herramienta tan conocida y validada como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI, por sus siglas en inglés) puede proporcionar a estos pacientes recursos eficaces para mejorar la calidad de su sueño. Además, proporcionar información

sobre la higiene del sueño y cambiar si es necesario el tratamiento antirretroviral mejoran significativamente el sueño de las personas con VIH, incluidas las que padecen problemas de salud mental.

El PSQI es un cuestionario de auto-cumplimentación (19 preguntas de autoevaluación y cinco adicionales para un posible compañero de cama o habitación) que evalúa la calidad del sueño en el intervalo de un mes. Se pide a los pacientes que valoren la calidad de su sueño; indiquen cuánto tiempo les lleva dormirse cada noche y cuántas horas de horas que han dormido o pasado en la cama; y anoten si sufren trastornos del sueño (problemas para dormir por ansiedad, dolor, pesadillas, digestión difícil...), consumen medicamentos para dormir o presentan algún tipo de disfunción diurna debido a problemas de sueño).

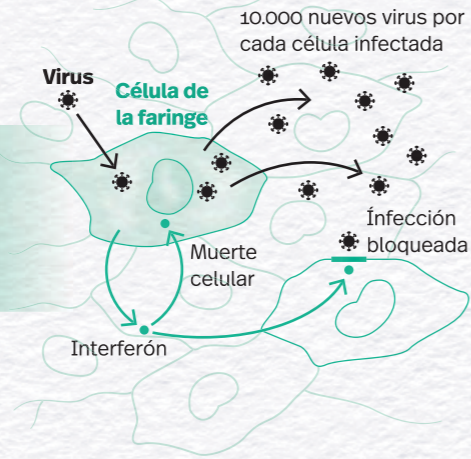
La muestra de pacientes analizados arrojó una alteración media del sueño moderadamente grave (12 puntos sobre 21). A todos ellos se les entregó a con-

tinuación un folleto sobre higiene del sueño que incluía hábitos saludables que ayudan a dormir: no usar pantallas por lo menos una hora antes de acostarse, no tomar cafeína después de las 3 de la tarde; crear rutinas una hora antes de dormir (ducha, crucigramas, planchar...), usar técnicas de relajación antes de acostarse y evitar los alimentos grasos por la noche. Se les ofreció además la posibilidad de un cambio en su medicación antirretroviral si se consideraba que su régimen actual agravaba su patrón del sueño. El PSQI se repitió al menos un mes después de cualquiera de las dos intervenciones ofrecidas. La entrega del folleto y el cambio de régimen antirretroviral redujeron la media de PSQI en un 31%.

Entre sus conclusiones, los investigadores británicos recomiendan una evaluación rutinaria más amplia de las alteraciones del sueño en las personas con VIH, en línea con el cuarto 90 o 95 de ONUSIDA: que el 90% de las personas con carga viral suprimida mejoren su calidad de vida relacionada con la salud.

De cada **100** infectados por coronavirus

70 son asintomáticos



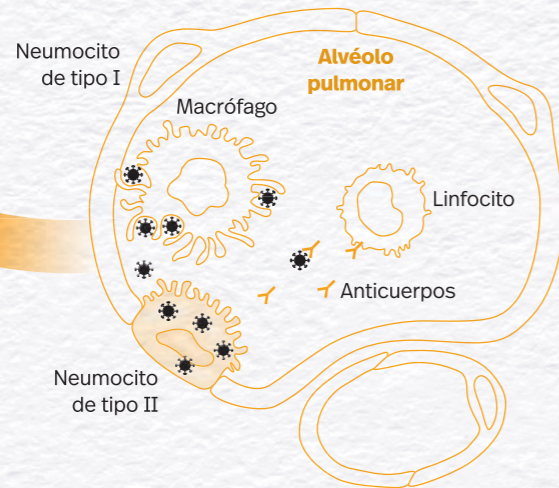
Asintomáticos

Entre un 50 y un 90% de los infectados (un 70% de media) **solo se infectan en las vías respiratorias superiores:** boca, nariz, faringe...

Se cree que la activación del sistema del interferón es la que detiene la infección: mata a las células infectadas y bloquea la infección de nuevas células.

Aún así, estos pacientes también **pueden contagiar** a otras personas.

20 tienen síntomas leves



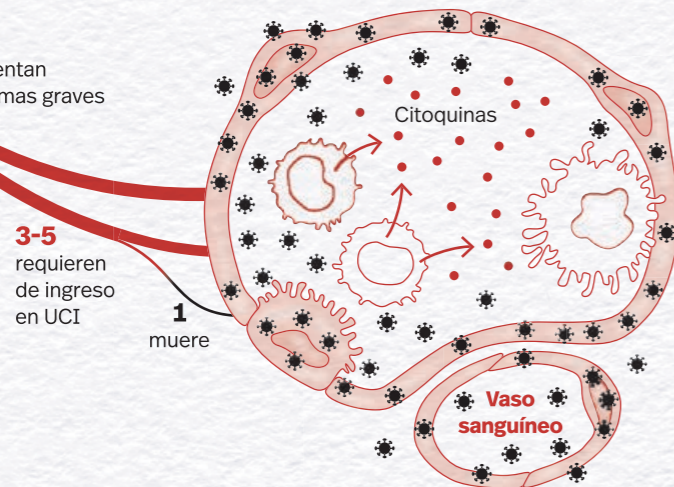
Síntomas leves

Un 20% tiene **síntomas respiratorios leves**, como tos, dolor de garganta, fiebre, pérdida de gusto y olfato...

El virus infecta también a células pulmonares, sobre todo neumocitos de tipo II, y puede provocar neumonías leves, de evolución favorable.

El interferón y el resto del sistema inmunitario controlan la infección.

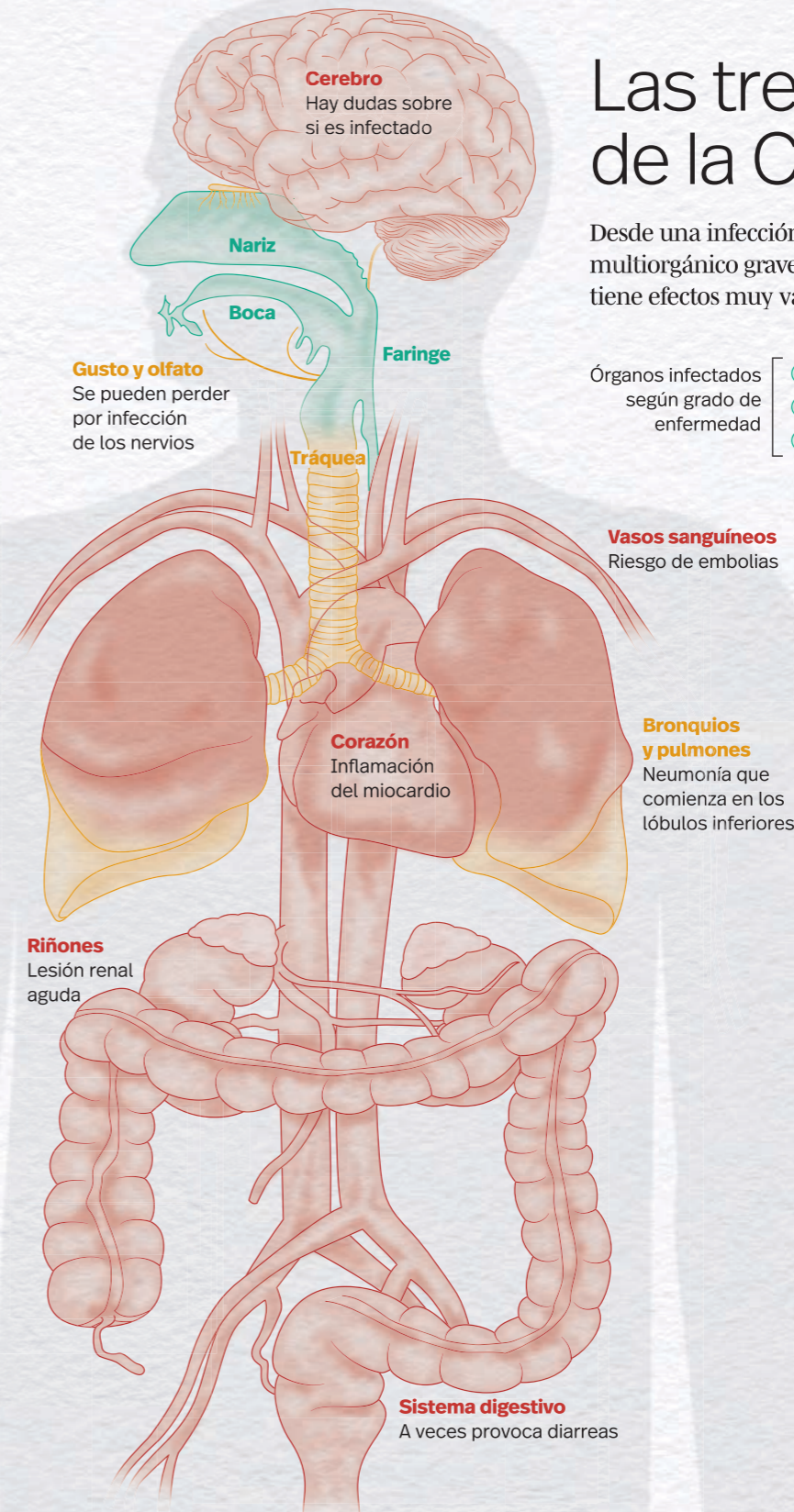
10 presentan síntomas graves



Enfermedad grave

En un 10% de los pacientes el sistema del interferón no es suficiente y se produce una **neumonía grave y diseminación por el organismo.**

El sistema inmunitario puede tener **una respuesta excesiva** que agrava la infección: los macrófagos atraen linfocitos activados y se genera una tormenta de citoquinas, que provoca un daño diseminado en pulmones, vasos sanguíneos y otros órganos.



Las tres caras de la COVID-19

Desde una infección sin síntomas hasta un fallo multiorgánico grave, la infección por coronavirus tiene efectos muy variados.

Órganos infectados según grado de enfermedad

- **Asintomáticos**
- **Síntomas leves**
- **Enfermedad grave**

Consecuencias tras la enfermedad

COVID crónico
Síntomas sin explicación (alteraciones neurológicas, tos, malestar, cefaleas...) que se ven incluso en pacientes que fueron asintomáticos.

Gusto y olfato
Vuelven meses más tarde.

Enfermedad residual
Fibrosis pulmonar que dificulta la circulación de oxígeno y produce falta de aire, cansancio...

Por ingreso hospitalario
Atrofia muscular, daño respiratorio por intubación... Se recupera con rehabilitación.

Impacto psicológico
Miedo, trauma por haber infectado a familiares...

Entrevista/Investigador especialista en virus, dejó España y se fue a Estados Unidos. Codirector del Global Health & Emerging Pathogens Institute, en el Hospital Monte Sinaí de Nueva York, este burgalés de 56 años ha aparcado durante unos meses su principal investigación, la creación de una vacuna universal para la gripe, para centrarse en la COVID-19. Es optimista con los tiempos de la vacuna, pero advierte que deberemos seguir trabajando en prepararnos para la siguiente pandemia.

Adolfo García-Sastre: “Diagnóstico, rastreo y responsabilidad personal son los tres pilares que tenemos. Debemos potenciar los tres”

Son ustedes, los investigadores, los grandes protagonistas de la pandemia. ¿En qué está trabajando ahora mismo? Ahora mismo nos hemos centrado en la COVID-19. Estamos trabajando en un nuevo medicamento. También estamos trabajando en otros compuestos para ver qué respuesta tenemos en pacientes COVID-19 con respecto a los anticuerpos. Una de las cosas que hemos observado, en colaboración con un grupo en Barcelona que nos envió muestras de pacientes longitudinales, es que se genera una respuesta que no es sólo contra la COVID-19 sino que es capaz de reaccionar contra otros coronavirus humanos. Por tanto, podemos llegar a pensar que el nivel de inmunidad previo a otros coronavirus puede afectar al tipo de respuesta inmunológica que se tiene con las vacunas o con la infección natural.

P: Antes de marzo, estaban investigando la gripe.
R: Estamos trabajando en una posible vacuna uni-

versal. Tenemos una estrategia vacunal que creemos que puede dar inmunidad frente a cualquier cepa de gripe, no sólo estacional sino pandémica. Los ensayos llevan tiempo porque no hay una urgencia: hablamos de unos diez o quince años. Espero que el esfuerzo merezca la pena. **Esto hará que no se necesite una vacuna anual contra la gripe sino que bastará con vacunar una o dos veces en la vida.** Además, será una vacuna que podrá evitar futuras pandemias de gripe. Viviríamos en un mundo con algo de gripe, pero sin pandemia.

P: Estamos en otoño. Volvemos a registros preocupantes. ¿Cree que podríamos haber estado mejor preparados?

R: Siempre se podría haber estado mejor preparado. Con la primera ola se podría haber previsto una mejor contención si se hubiera trabajado en una infraestructura adecuada de preparación contra pandemias, pero era algo que no existía en ningún sitio, y es algo que tampoco se puede crear de la noche a la mañana. Ahora bien, una vez que ya estamos en este punto, si se hubiera hecho más esfuerzo en rastreo de contactos, en un aisla-

miento de los contactos positivos y de los contactos directos, más distanciamiento social... hubiéramos podido evitar un incremento de la incidencia como la que ha habido.

P: ¿Qué países destacaría por su buena organización contra la COVID-19?

R: Hay países que han conseguido doblegar la pandemia como China. Aunque no han dado los datos suficientes, sí que sabemos que lo tienen más controlado.

Tienen muy pocos casos, y cuando la cifra sube en una ciudad inmediatamente diagnostican en tres o cuatro días a cinco

millones de personas. Además, tienen un sistema de distanciamiento social que no sería legal en países occidentales, pero que funciona muy bien. Es obligatorio que se puedan seguir los contactos que tienen, y se hace a través del teléfono móvil; de esta manera, en el momento en el que aparece alguien positivo y, por tanto, otro que ha podido ser un contacto, le ponen en el teléfono una señal roja que le impide ir a ningún sitio. Lo hacen con una aplicación que está controlada por el gobierno. La libertad personal queda en un segundo plano, pero está claro que



«Esta vacuna va a ayudar a validar plataformas vacunales que antes no existían»

FOTOGRAFÍA / CEDIDA



funciona tanto a nivel de diagnóstico como de rastreo y de monitorizar la movilidad de las personas. Otros países más pequeños también lo han conseguido, en todos ellos ha habido una buena política de rastreos, aislamiento y mucha responsabilidad social. Hay muy pocos casos en Corea y Japón, que son países que, sin tener grandes confinamientos, están logrando contener el virus. En general, hay tres pilares: diagnóstico, rastreo y responsabilidad personal. No sabemos cuál es más importante, así que debemos poner en marcha los tres.

P: Tenemos los mismos contagios pero menos hospitalizaciones respecto a marzo. ¿Han mejorado los tratamientos o el virus se ha debilitado?

R: No parece que el virus haya cambiado su virulencia. Lo que hay es mejor aislamiento de los grupos de riesgo. Respecto a los tratamientos, la verdad es que no hay muchos disponibles. El problema viene cuando empiezas con las insuficiencias respiratorias, que por otro lado no se sabe cuándo va a llegar. Porque hay afectados dentro de los grupos de riesgo que no las padecen y, de pronto, se da gente joven gravemente afectada. En conclusión, ahora mismo no tenemos un tratamiento específico para cada tipo de enfermo, aún no sabemos tanto. Sí que sabemos que lo ideal del tratamiento con antivirales sería comenzar antes de tener síntomas; pero hay problemas para que en la práctica esto se lleve a cabo, como que, por ejemplo, el que se está utilizando, remdesivir, se tiene que administrar por vía intravenosa.

P: ¿Por qué hay personas que no se contagian?

R: La cosa es hasta qué punto esto es generalizable. No hay suficientes datos ni estudios para darlo por sentado. Necesitaríamos saber niveles de contactos, test de anticuerpos... Puede ocurrir, pero no es la norma. Sí vemos que en aglomeraciones de gente en sitios cerrados no se infecta todo el mundo. ¿Por qué? Parece que tiene que ver con cuánto contacto has tenido

con un aerosol respiratorio infeccioso de una persona contagiada. Pero no se puede saber con seguridad. ¿Por qué en la reunión de la Casa Blanca se contagió mucha gente, pero no todo el mundo? Pues no lo sabemos. Seguramente, sí que exista una minoría de personas que no se pueden infectar, pero la mayoría de las personas son susceptibles de ser infectadas.

P: Hablábamos antes de la gripe. Hace años que tenemos vacuna contra ella, pero no totalmente efectiva. ¿Pasará algo parecido con la COVID?

R: Sí, es muy probable. Vamos a tener vacunas, pero no van a ser efectivas al cien por cien, y tampoco va a haber un 100% de vacunación. Pero esperamos que, entre la efectividad de la vacuna y el porcentaje de vacunación, se pueda disminuir el número de contagios a un nivel que ya no cause los problemas que está causando y se llegue a un nivel parecido a la gripe estacional. Causará problemas, ocasionará hospitalizaciones y fallecimientos, pero el número de personas será manejable a nivel hospitalario sin hacer cambios en costumbres sociales. Por eso, **es muy importante que, una vez que tengamos la vacuna, sigamos trabajando en antivirales y en métodos de tratamiento porque va a haber gente todavía con problemas de salud debido al virus.** Y si la vacuna no es muy efectiva, habrá que seguir trabajando en mejorarla.

P: La efectividad de la vacuna, ¿depende en parte de las mutaciones?

R: Aún no lo sabemos porque no se ha creado la suficiente presión selectiva, es decir, gente que sea inmune contra el virus, como para poder seleccionar si existe la capacidad del virus de reinfectar. Es menos probable que ocurra esto que con la gripe porque no es algo que suele ocurrir con los coronavirus humanos respiratorios. El problema con ellos en cuestión de reinfecciones es que la inmunidad de los coronavirus no dura mucho tiempo, por lo que la gente puede ser reinfectada. Son cosas que iremos aprendiendo con el tiempo. Ahora toca frenar la pandemia.

«Lo que ha ocurrido es complicado que pueda ocurrir en diez años. Es posible, pero no probable. Es más probable que ocurra dentro de cincuenta o cien»

P: ¿Se atrevería a dar una fecha para la vacuna?

R: Más o menos sí nos podemos aventurar. Los ensayos para fase 3 ya han reclutado a los voluntarios que se necesitaban, ahora sólo queda seguirlos y ver cuál es la incidencia de la enfermedad respecto a los placebos. Considerando el porcentaje de infecciones en los sitios donde se están haciendo los ensayos clínicos, si no cambian mucho las cosas, va a haber el número suficiente de casos como para tener datos de si hay un efecto de las vacunas. Después, los datos tienen que ser mandados a las agencias regulatorias para que los revisen. Cuando certifiquen que todo está bien, se estudiará la incidencia en distintos grupos étnicos, en hombres y mujeres, en niños... Y entonces se hará una recomendación. En eso se tarda otro mes. Esto quiere decir que si todo va bien **es factible que se apruebe una vacuna a finales de este año. Luego, la vacunación dependerá de cuándo se consigan las dosis necesarias y cómo se distribuyan.** Eso es algo que ya no tiene que ver con la ciencia. En China ya se está vacunando gente, pero si no han mandado los datos a las agencias regulatorias euro-



FOTOGRAFÍA / CEDIDA HOSPITAL MONTE SINAI DE NUEVA YORK



PERFIL

● **Adolfo García-Sastre** (Burgos, 1964) es investigador español, catedrático de medicina y microbiología y, actualmente, codirector del Global Health & Emerging Pathogens Institute del Icahn School of Medicine, en el Hospital Monte Sinaí de Nueva York.

● Licenciado en Ciencias y doctor por la Universidad de Salamanca, fue uno de los primeros miembros de la Sección de Estudio de Vacunas y miembro de la Sección de Estudio de Virología B de NIH.

● García-Sastre dirige el Centro de Investigación de la Patogénesis de la Gripe, financiado por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos. Durante los últimos treinta años, ha publicado más de 500 artículos científicos y su investigación ha contribuido a un mejor conocimiento de la biología molecular y el ciclo de replicación y virulencia, tanto de los virus de la gripe, como de otros virus como el ébola, dengue y VIH.

peas o americanas no se van a aceptar esas vacunas.

¿Qué le diría a alguien que tiene miedo a vacunarse?

R: No hay ninguna vacuna que no cause un posible efecto adverso en una minoría de la gente. Es muy difícil tener una vacuna completamente inocua porque las vacunas están produciendo una respuesta inmune que tiene que ser protectora contra una enfermedad y, a veces, al hacerlo en personas que pueden tener una condición previa, un sistema inmune que no es el más adecuado puede dar lugar a una reacción demasiado exagerada y a un efecto adverso. Pero esto es una minoría. Para que una vacuna se apruebe en un grupo de 30.000 personas tiene que darse la evidencia de un efecto adverso causado por la vacuna. ¿Qué quiere decir esto? Que va a haber efectos que van a ser menos de uno entre 30.000. Puede ser que seas uno de los 100.000, pero si no te pones la vacuna tienes una posibilidad de ser uno de los 700 entre 100.000 casos que hay ahora mismo en España, por ejemplo.

P: Algunos de los avances, ¿podrán ayudar en otras enfermedades?

R: La vacuna va a ser específica para SARS-CoV2, pero quizás proteja contra otros coronavirus similares. Quiere decir esto que podría proteger contra SARS-CoV3, pero no va a dar inmunidad contra otros virus. Ahora bien, las vacunas que están más avanzadas son las que están elaboradas con nuevas tecnologías. Son vacunas de RNA basadas en adenovirus. Hasta ahora se habían hecho para ébola, pero no para coronavirus. Así que esta vacuna va a ayudar a validar plataformas vacunales que antes no existían. En los medicamentos es distinto porque algunos serán de amplio espectro y podrían darnos la oportunidad de combatir virus que sean distintos.

P: ¿Cuál está siendo el papel de la industria farmacéutica tanto en la búsqueda de tratamientos como ayudan a mejorar la enfermedad como en la búsqueda de la vacuna?

R: Me parece que lo está haciendo bien. La cuestión es qué va a pasar después. Ahora, el esfuerzo es máximo sin preocuparse de cuánto va a ser la ganancia comercial. Luego, imagino que querrán sacarle un rendimiento. Las farmacéuticas que están trabajando en vacunas no están trabajando por filantropía. Están

haciendo lo que pueden y cabe destacar que está habiendo mucha colaboración entre la academia o, al menos, las agencias de gobierno y la industria para poder seguir hacia delante cuánto más rápido mejor. El Gobierno también las está apoyando para que intenten avanzar.

P: ¿Cree que esto nos cambiará? ¿Que nos hará estar más preparados para futuras pandemias?

R: Soy muy optimista con respecto a la vacuna. Sin embargo, sobre el futuro de cómo nos vamos a preparar para futuras pandemias... en eso soy más escéptico. Me baso en la memoria histórica. Esto ya había ocurrido antes. Sin ir más lejos, en 1918, y sabíamos que podría volver a ocurrir. En cuanto ha pasado una generación, las nuevas, que no han estado expuestas antes, se olvidan. Incluso las que lo han pasado piensan: "ya está, ya lo he pasado, no volverá a pasar". Va a haber más episodios, seguramente más de ébola, pero ésta es una infección más fácil de contener. **Lo que ha ocurrido es complicado que pueda ocurrir en diez años. Es posible, pero no probable. Es más probable que pase dentro de cincuenta o cien años.**

Mundo/

La lucha contra el VIH se salda este año con un preocupante suspenso. El último informe de ONUSIDA revela que los objetivos previstos para 2020 no se cumplirán. La pandemia de COVID-19 arriesga echar por la borda buena parte de los logros conseguidos en los últimos años.

Las cifras son concluyentes: 3,5 millones más de infecciones por VIH y 820.000 muertes más relacionadas con el sida desde 2015. Sólo en 2019, 1,7 millones de personas contrajeron un virus que, directa o indirectamente, mató a otras 690.000. Esa cifra triplica el objetivo previsto para 2020. Millones de vidas se han salvado y millones de nuevas infecciones por VIH han sido prevenidas con la extensión de las terapias antirretrovirales, pero 12,6 millones de los 38 millones de personas que viven con VIH en el mundo aún no tienen acceso al tratamiento.

ONUSIDA se había marcado unas metas para este año, pero las estadísticas ponen negro sobre blanco un fracaso colectivo. No sólo eso: el cumplimiento de esas metas podría retrasarse al menos una década si la pandemia por COVID-19 sigue provocando graves interrupciones en los programas y servicios de prevención y atención, como parece constatar.

El último informe de la agencia de la ONU encargada de hacer frente al VIH y sida se hizo público en julio en un acto virtual celebrado en Ginebra (Suiza). Refleja avances, sí, sobre todo en el acceso a los tratamientos; pero son avances muy desiguales. El informe 'Aprovechando el momento', también elaborado por ONUSIDA, advierte que los logros obtenidos durante cuarenta años de lucha podrían echarse por la borda si no se actúa a tiempo. Ese mismo documento pone de manifiesto la necesidad de que los países dupliquen sus esfuerzos en la respuesta al VIH y actúen con mayor urgencia para llegar

VIH 2020: SUSPENSO

a los millones de personas que se están quedando atrás.

"Incluso antes de la aparición de la COVID-19, el mundo no estaba en camino de alcanzar sus objetivos en 2020, pero ahora la nueva pandemia amenaza con arruinar todos los esfuerzos. El sida sigue siendo una pandemia mundial alimentada por las desigualdades y millones se están quedando atrás. Es muy preocupante", declaró en la presentación Winnie Byanyima, directora ejecutiva de ONUSIDA.

En 2020 catorce países han alcanzado el triple objetivo 90-90-90 (que el 90% de las personas que viven con el VIH conozca su estado serológico; que el 90% de los que conocen dicho estado tenga acceso al tratamiento; y que el 90% de las personas en tratamiento tenga la carga viral suprimida). Siete de ellos son africanos. Y entre ellos, Eswatini (antes, Swazilandia), que tiene una de las tasas de prevalencia de VIH más altas del mundo (27% en 2019), pero que ya está en el camino del 95-95-95 previsto para 2030. "No podemos relajarnos con nuestros éxitos ni desanimarnos por los contratiempos. Debemos asegurarnos de que nadie se quede atrás. Debemos cerrar las brechas.

Estamos apuntando al 100-100-100", asegura Ambrose Dlamini, primer ministro de ese país.

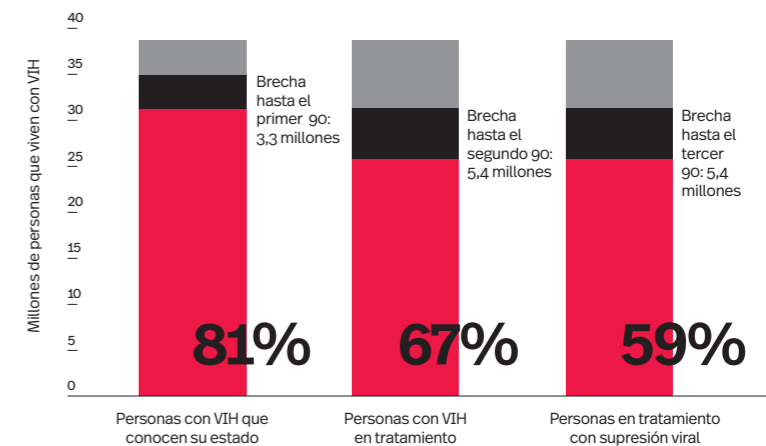
Los datos de ONUSIDA confirman progresos en África Oriental y Meridional. Allí, las nuevas infecciones por VIH se han reducido en un 38% desde 2010, si bien siete de cada diez portadores del virus se encuentra en el continente, con un millón de contagios sólo allí y 440.000 fallecimientos. Europa Oriental y Asia Central, en cambio, han experimentado un increíble aumento del 72% en esta década. Las nuevas infecciones también han aumentado en un 22% en Oriente Medio y África del Norte, y en un 21% en América Latina.

El documento 'Aprovechando el momento' confirma que demasiadas personas y poblaciones vulnerables se ven rezagadas. Un 62% de las nuevas infecciones por VIH tuvo lugar entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores y trabajadoras del sexo, personas que se inyectan drogas y personas privadas de libertad, a pesar de que estas comunidades constituyen una proporción muy pequeña de la población general. Además, el estigma



EL TRATAMIENTO EN CASCADA GLOBAL (2019)

El objetivo 90-90-90 aún está lejos de conseguirse en el mundo. Por el momento, a finales de 2019, el 81% de las personas que viven con el VIH conocía su estado serológico y el 67% recibía tratamiento antirretroviral. Eso supone 25,4 millones de los 38 millones de personas que viven con VIH, una cifra que se ha más que triplicado desde 2010. Pero sólo un 59% de ellos ha conseguido suprimir su carga viral, lejos del 73% previsto para 2020. Con todo, en los últimos cuatro años se ha registrado un avance de dieciocho puntos.



«Como antes con el VIH, la pandemia por COVID-19 muestra las fragilidades del mundo, y entre ellas las injusticias sociales y económicas crónicas y las inadecuadas inversiones en salud pública. En muchas partes del mundo, la nueva pandemia choca con la lucha contra el VIH. Y ésta es aún un desafío enorme que no ha acabado. Las desigualdades de género, la violencia sexual y la criminalización y discriminación de grupos vulnerables siguen estando ahí muy presentes. Esta crisis es una llamada a hacer las cosas de manera diferente»

ANTONIO GUTERRES
SECRETARIO GENERAL DE LA ONU

«Incluso antes de la aparición de COVID-19, el mundo no estaba en camino de alcanzar su objetivo de acabar con el VIH como amenaza para la salud pública para 2030»

«No podemos tomar dinero de una enfermedad para tratar otra. Las respuestas tanto para el VIH como para la COVID-19 deben estar totalmente financiadas para evitar la pérdida masiva de vidas»

«Deberíamos estar indignados porque tenemos los métodos, el compromiso y las herramientas para prevenir cada una de las nuevas infecciones, pero no estamos alcanzando a la gente»

WINNIE BYANYIMA
DIRECTORA EJECUTIVA DE ONUSIDA



contra las personas que viven con VIH sigue siendo común: al menos 82 países penalizan alguna forma de transmisión, exposición o no divulgación del VIH; el trabajo sexual está criminalizado en 103 países y 108 países penalizan el consumo o la posesión de drogas para uso personal. “Se requiere de una acción decisiva todos los días de la próxima década para que el mundo retome su camino y ponga fin a la epidemia de sida para el año 2030. Se han salvado millones de vidas, particularmente vidas de mujeres en África. Pero el progreso realizado por muchos debe ser compartido por todas las comunidades en todos los países. El estigma, la discriminación y las desigualdades generalizadas son barreras importantes para poner fin al sida. Los países necesitan orientarse por la evidencia y cumplir con sus responsabilidades con los derechos humanos”, exige Byanyima.

Para combatir las epidemias convergentes de VIH y COVID-19, ONUSIDA y sus socios lideran un llamado para una vacuna universal contra el coronavirus que ha sido firmado por más de 150 líderes mundiales y expertos. Todos ellos exigen que todas las vacunas, tratamientos y pruebas sean libres de patentes, producidos en masa y distribuidos de manera justa y gratuita para todos. ONUSIDA también insta a los países a aumentar las inversiones para enfrentar ambas enfermedades. En los últimos dos años la financiación para la lucha contra el VIH cayó un 7%. Al final de 2019 alcanzó los 18.600 millones de dólares, un 30% menos que los 26.200 millones necesarios para responder eficazmente al VIH en 2020.

El cierre de fronteras, las limitaciones al transporte y el resto de medidas restrictivas para frenar la COVID-19 están complicando y encareciendo la producción y la distribución de los antirretrovirales. El coste de los que fabrica India, uno de los principales productores del mundo, puede aumentar entre un 10% y un 25%. La escasez ya se ha hecho notar: 73 países han advertido de que están en

riesgo de quedarse sin fármacos y 24 de ellos se hallan en una situación muy grave, con la particularidad de que en estos últimos viven 8,3 millones de personas que están en tratamiento, es decir, un tercio del total mundial, según la OMS. Y no es sólo el problema del envío de fármacos: los periodos de cuarentena suponen una complicación extra a la hora de acudir al médico para pedir un diagnóstico o recibir un tratamiento.

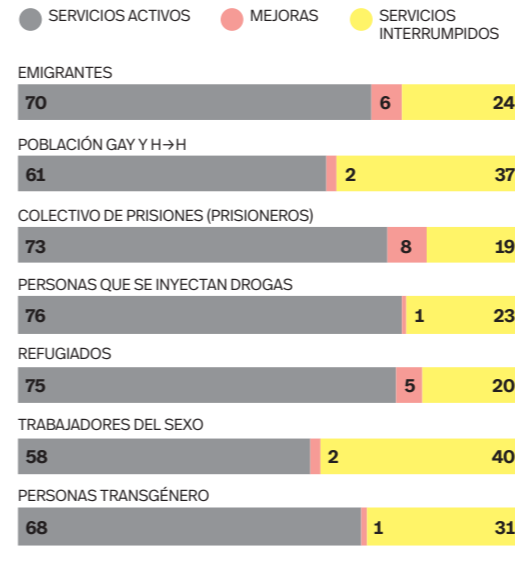
“No podemos tener países pobres al

final de la fila. Las personas no deben depender del dinero en su bolsillo o del color de su piel para protegerse contra estos virus mortales. No podemos tomar dinero de una enfermedad para tratar otra. En uno de cada cuatro países estudiados los servicios de transmisión se han visto interrumpidos por la pandemia. La respuesta tanto para el VIH como la COVID-19 deben estar totalmente financiados para evitar la pérdida masiva de vidas”, denuncia Winnie Byanyima.



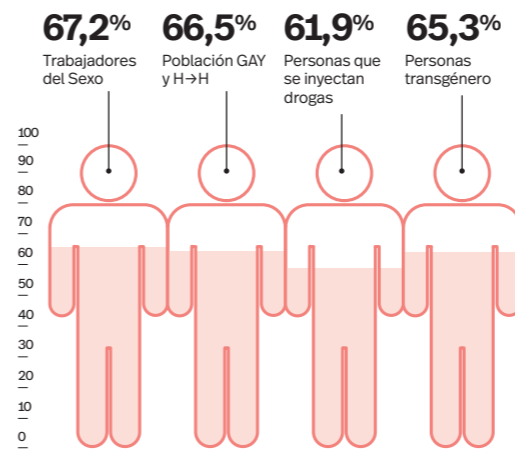
Cómo afecta la pandemia de la COVID-19

Interrupciones de los servicios a poblaciones clave durante el confinamiento por causa de la pandemia del COVID-19.



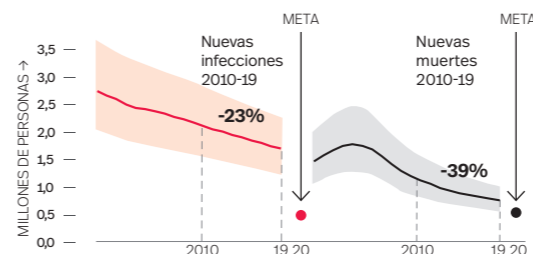
Poblaciones clave

Media de test de VIH realizados entre 2016 y 2019 en poblaciones de riesgo



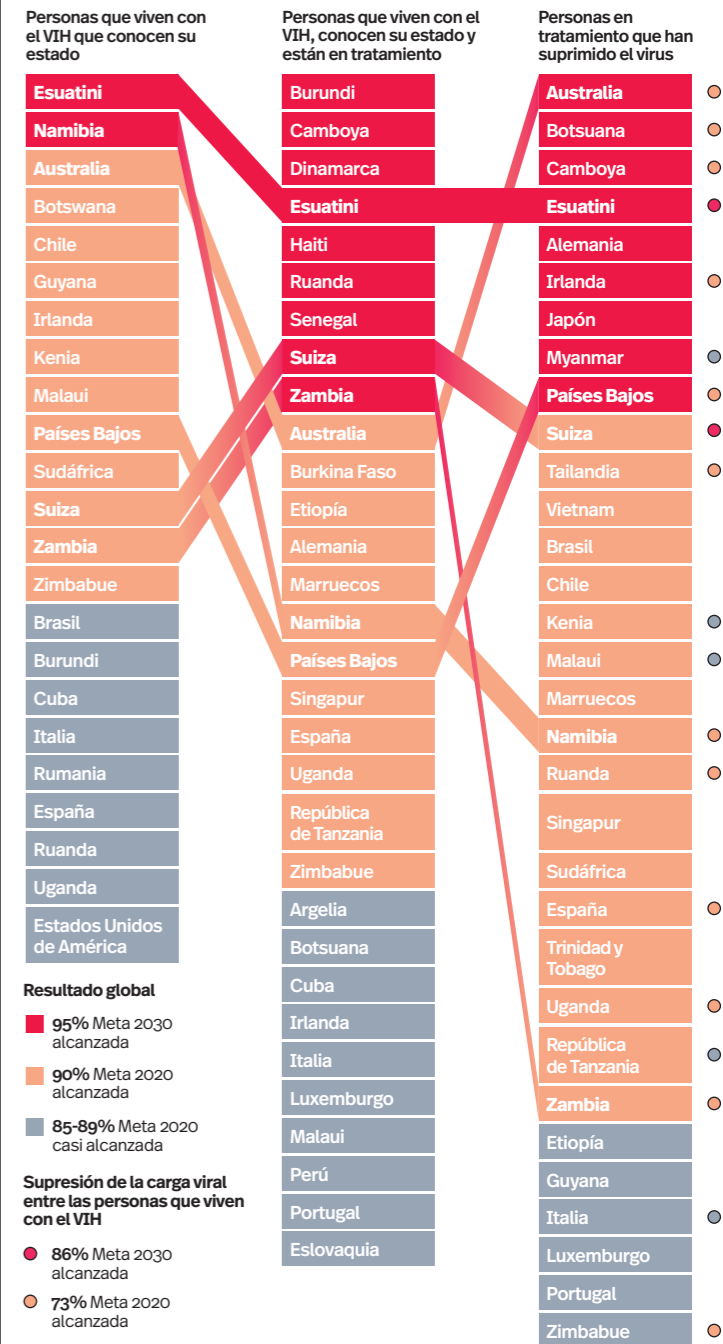
Metas

Progreso hacia las metas de reducción de nuevas infecciones de VIH y muertes a causa del sida.



Cómo van los países con mejor cobertura de tratamiento

Progreso hacia las metas 90-90-90 por país, entre aquellos con cobertura de tratamiento igual o mayor que el promedio mundial anual, 2019.



ESUATINI HA ALCANZADO LOS TRES OBJETIVOS (95-95-95) MARCADOS PARA 2030. PAÍSES ESCRITOS EN NEGRITA, HAN INFORMADO DE QUE HAN ALCANZADO CADA UNO DE LOS OBJETIVOS 90-90-90 MARCADOS PARA 2020.

En todo el mundo, pero especialmente en los países menos desarrollados, la pandemia está perjudicando más a los menores de 14 años y a las mujeres. Los tratamientos para niños con VIH no son del todo accesibles. En África subsahariana ellas suponen casi el 60% de los contagios.

MUJERES Y NIÑOS, LA GRAN AMENAZA

Poco más de la mitad de los menores de 14 años que tienen VIH está en tratamiento.



Cada año mueren 80.000 bebés en África subsahariana por culpa del VIH.

Cada año 80.000 bebés mueren en África subsahariana por culpa del VIH. De los 38 millones de personas seropositivas que hay en el mundo, 1,8 millones son niños. Sólo un 54% de los menores de 14 años está en tratamiento y apenas la mitad de los recién nacidos acceden a la prueba de diagnóstico rápido en los dos primeros meses de vida. Y de los que pasan la prueba, apenas un 19% la reciben en el plazo de un mes recomendado por la OMS. “Los niños que viven con VIH siguen recibiendo unos cuidados de segunda clase”, afirma **Maureen Milanga**, de Health Global Access Project.

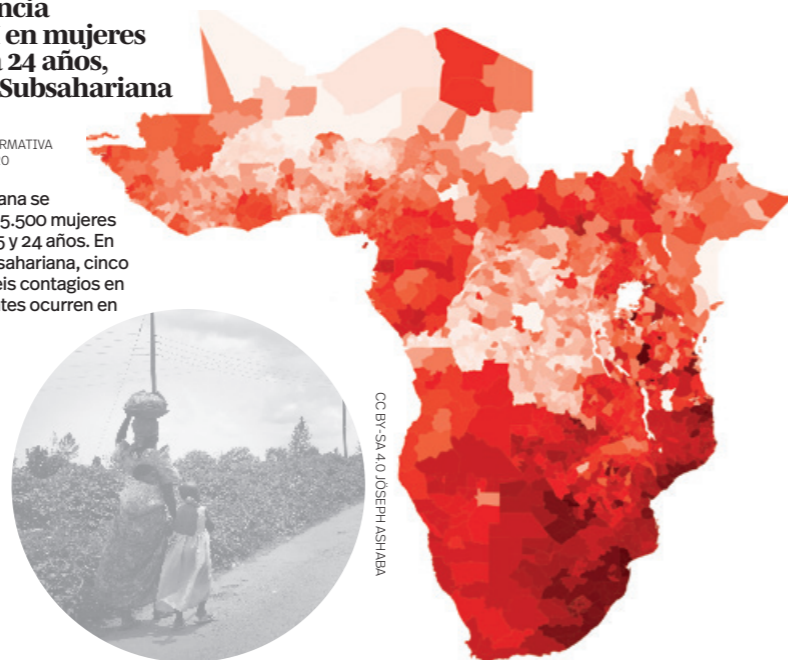
Hace un año, organizaciones de todo el mundo lanzaron un llamamiento urgente para reforzar la lucha contra el VIH infantil: es la llamada Declaración de Kigali. Todos los expertos coinciden en que los menores de 14 años lo tienen peor para ser diagnosticados a tiempo y recibir tratamiento adecuado. Con la COVID-19 la situación se ha agravado. La pandemia, además, está empujando a muchas mujeres a dar a luz fuera de los centros médicos, con lo que se pierde la oportunidad de detectar casos de trans-

Incidencia de VIH en mujeres de 15 a 24 años, África Subsahariana

HOJA INFORMATIVA ONUSIDA 2020

Cada semana se contagian 5.500 mujeres de entre 15 y 24 años. En África subsahariana, cinco de cada seis contagios en adolescentes ocurren en mujeres

Incidencia por 1000.



CC BY-SA 4.0 JOSEPH ASHABA

«Las desiguales normas de género que limitan la voz de las mujeres y las niñas reducen su acceso a la educación y a los recursos económicos. Reprimir su participación cívica contribuye a un mayor riesgo de VIH»

INFORME DE ONUSIDA 2020



«Los niños que viven con VIH siguen recibiendo unos cuidados de segunda clase»

MAUREEN MILANGA
HEALTH GLOBAL
ACCESS PROJECT



misión de madre a hijo. A nivel global, la transmisión madre-hijo sigue estancada en el 12,7%. “Con frecuencia no se realiza ninguna prueba para prevenir y detectar el VIH, ni durante embarazo ni durante la lactancia”, señala **Maurice Murenga**, impulsora de la fundación The Lean on Me, con una larga trayectoria en Kenia.

La significativa reducción de los casos de transmisión madre-hijo es uno de los hitos de la lucha contra el VIH, pero este éxito ha desincentivado el desarrollo de medicamentos adaptados al público infantil. Hoy, la combinación más extendida es un jarabe amargo que contiene un 40% de alcohol y debe conservarse en frío. En el África rural las neveras son un lujo escaso y muchas familias deciden enterrar el fármaco en la arena para mantenerlo fresco. Otra alternativa disponible son las pastillas, que un bebé es incapaz de tragar.

En la actualidad, hay nuevos medicamentos en diversas fases de desarrollo que podrían transformar el tratamiento del VIH infantil. Productos que saben bien, se pueden mezclar con zumos o cereales, y no necesitan refrigeración. “Los países deberían empezar a planificar ya mismo la introducción rápida de estos regímenes mejorados”, añade Murenga,

que no duda en señalar la importancia de los servicios de salud gestionados por las comunidades. Son éstas y muchos voluntarios los que, por ejemplo, ayudan a identificar nuevos casos de VIH entre madres y niños, incluyendo los que están naciendo en casa durante la pandemia; los que conectan a las personas con los centros de salud y los que las acompañan durante el tratamiento, salvando así muchas vidas.

También las mujeres son un foco de preocupación. Cada semana, 5.500 de entre 15 y 24 años se infectan de VIH. Las que experimentan violencia sexual tienen 1,5 más posibilidades de contraer el VIH. Y en África subsahariana suponen el 59% de todos los nuevos contagios. Allí, cinco de cada seis contagios entre adolescentes de 15 y 19 años ocurren en mujeres. Las mujeres jóvenes representan el 24% de las nuevas infecciones a pesar de representar solo el 10% de la población total. “Las desiguales normas de género que limitan la voz de las mujeres y las niñas reducen su acceso a la educación y a los recursos económicos. Reprimir su participación cívica contribuye a un mayor riesgo de VIH en

entornos con alta prevalencia”, destaca el informe de ONUSIDA.

Jackline Okinyi, representante de Women Fighting AIDS in Kenya (WOFAK), lo explica así: “Muchas de nuestras beneficiarias han perdido el trabajo y se han visto forzadas a cerrar sus negocios. Se están quedando sin dinero para ir a la clínica a buscar los antirretrovirales y para comprar alimentos. Aunque tengan medicamentos, es muy difícil tomarlos sin comida. Podríamos ver pronto un aumento en la interrupción de los tratamientos”.

De todo esto se habló en la conferencia HIV2020, que se desarrolló virtualmente durante cuatro meses con el título ‘Comunidades: recuperando la respuesta global’. Decenas de asociaciones subrayaron en ese marco que la respuesta al VIH infantil pasa en buena medida por el trabajo con las comunidades y por la defensa de los derechos de esos niños seropositivos. “Es el momento de hablar con los representantes de ONUSIDA en los diversos países para garantizar que la infancia recibe la atención que merece”, urgió **Catherine Connor**, vicepresidenta de Política Pública en la Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF).

Margarita del Val: “Lo principal ahora es saber si los reinfectados sin síntomas están contagiando”



Entrevista/La investigadora española del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (CSIC-UAM) afirma que esta pandemia puede servirnos para estar mejor preparados. Invertir más en investigación, en el estudio de la inmunidad, que es su campo de trabajo, y formar equipos multidisciplinarios deben ser las claves, dice, para la siguiente pandemia, que no cree que tarde mucho en llegar.

Eon la pandemia, ¿en qué punto está la comunidad científica?

Ahora mismo, en un momento muy grave, casi a la altura del primer golpe. Entonces fue por desconocimiento, pero la entrada en el otoño no es fácil porque la gripe sigue ahí. Sabemos mucho más entre toda la comunidad científica mundial y la española, tenemos más relaciones, conectamos más con la gente... Hemos ido reorientando todo sobre la marcha. Lo que tengo claro es que hacen falta más fondos. Si nos comparamos con otros grupos de investigación o desarrollo en países de nuestro ámbito, ellos tienen muchos más fondos y muchos más apoyos, claramente. Con apoyo y con personas dedicadas a trabajar en ello, se rinde mucho más. Porque las ideas solas no valen, luego hay que llevarlas a la práctica.

P: Reorientando, ¿de qué lugar a qué lugar han ido?

R: Por ejemplo, yo trabajo en inmunidad. Al principio, ni siquiera sabíamos si se iba a generar inmunidad o no; era un tema al que no podíamos ni hacer frente porque estábamos centrados en la primera infección. Ahora, sabemos que sí, tenemos que ver si la inmunidad que genera la infección natural protege frente a una reinfección y a que se multiplique el virus entre los reinfectados. **Estamos centrados en qué pasa cuando las personas se reinfectan. Hay muy pocos casos de personas con síntomas, pero queremos saber si esas personas pueden ser contagiosas o no.** A fecha de hoy, hay cuatro casos documentados de reinfectados con síntomas en el mundo. Esto puede ser porque no llaman la atención, o porque quizás es muy pronto. Pero esta segunda explicación no la apoyamos tanto porque, pasados dos o tres meses, deberían haberse visto más casos. Se ha oído hablar de que una persona anteriormente infectada por un coronavirus (que no fuera el SARS-2) puede ser más inmune que otra que no lo ha sido. Yo estoy con-

vencida de que eso no es así. Hay gente que busca esperanza debajo de las piedras. Las personas con más inmunidad son las que más se han enfrentado a catarras por coronavirus, y cuantos más años tienes más veces te has enfrentado a ellos. Pero fijémonos en la gravedad de este coronavirus: va peor a cada década de edad. Es decir, quien en principio debería tener más inmunidad, sin embargo, tiene la enfermedad más grave.

P: ¿España tendrá su propia vacuna?

R: España sigue trabajando en ello, al igual que el resto del mundo. No hay ningún proyecto que se haya destacado porque tengan buena pinta, tanto como para que los demás abandonemos nuestros proyectos. Todavía [esta entrevista se realiza a principios de noviembre] no hay nada. Los candidatos para vacunas españolas y mundiales son distintos entre sí. Estamos diversificando en la hipótesis de que alguno de ellos pueda funcionar; por tanto, todos siguen adelante.

P: Aún con vacuna, ¿seguirá la COVID entre nosotros?

R: Todas las enfermedades infecciosas se han quedado con nosotros para siempre. Sólo hay una que hemos erradicado, en este caso con una vacuna, que ha sido la viruela. Así que la respuesta es, con poca probabilidad de equivocarme, que sí, claro que sí.

P: Entonces, ¿vivimos acumulando enfermedades infecciosas?

R: Todos los años surgen enfermedades nuevas. De hecho, hay plataformas de alerta que van indicando a qué debemos estar atentos. Lo que pasa es que no se transmiten tan fácilmente, tan silenciosamente como este virus. Es lo mismo que pasa con las enfermedades asociadas a la edad: surgen más, pero no por ello vivimos menos. Al contrario, cada vez vivimos más.

P: Parece que se confirma que los aerosoles son una vía importante de contagio. ¿Ha habido un problema de comunicación?

R: Es que yo lo que no me puedo creer es que tengamos que seguir diciéndolo. Se sabe desde la primavera. Está clarísimo. Hay muchos brotes, los más graves, que sólo se pueden explicar por los aerosoles. Por ejemplo, después de la selectividad, una fiesta que tuvo 75 contagiados. No estamos todos los científicos de acuerdo, pero hay una amplia mayoría que lo vemos claro y no entendemos cómo organismos oficiales como la OMS o hasta hace poco el Centro para el Control de Enfermedades de



PERFIL

● **Margarita del Val** es doctora en Ciencias Químicas en la especialidad de Bioquímica y Biología Molecular por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Tras casi dos décadas como investigadora en el Instituto de Salud de Carlos III, trabaja desde 2010 en el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (CSIC-UAM) centrada en el estudio de la respuesta inmune frente a patógenos en modelos animales de infección y vacunación. Es, además, coordinadora de la Plataforma Temática Interdisciplinar del CSIS en Salud Global que investiga la COVID-19 y miembro de la Real Academia Nacional de Farmacia y del Comité Experto en Vacunas de la Comunidad de Madrid.

● A lo largo de su extensa trayectoria ha realizado dos estancias en el National Institute Health de Bethesda (Estados Unidos) y en la Universidad McGill, en Canadá; ha representado a España en la Agencia Europea de Medicamentos; y ha realizado proyectos de divulgación científica y firmado artículos científicos de gran impacto.



Estados Unidos no lo consideraban. El otoño va a ser gravísimo. El hecho de que esto no se haya visto con la suficiente precisión ha llevado a que no se hayan tomado las medidas suficientes, y que los aires acondicionados —por ejemplo— no estén preparados. El contagio en interiores mal ventilados puede ser hasta diez veces superior con respecto a exteriores. Estamos realmente preocupados, porque, según esto, podemos llegar a tener hasta diez veces más de contagios respecto a los casos que hemos tenido en verano.

P: ¿Es normal que la gente tenga miedo a la primera vacuna?

R: El tiempo en el que esté o no disponible una vacuna no nos tiene que hacer tener miedo. La seguridad se mide por los datos. Cuando tengamos los datos en la mano, podremos decidir si es segura o no. Nos debemos fijar, sobre todo, en los efectos adversos cuando haya un contagio. Porque los efectos adversos en el tiempo en el que se está inmunizando la persona son menos probables. Esto aún no lo tenemos. Pero una vacuna que no sea segura no se va a comercializar en ningún país occidental. No lo va a permitir la Agencia Europea. Sí que se puede comercializar una vacuna más o menos eficaz porque, aún con poca eficacia frente a esta epidemia que está afectando tantísimo a la población mundial, merece la pena. No hay ninguna vacuna con eficacia cien por cien, pero si, por ejemplo, la nueva vacuna tuviera una eficacia del 60%, eso querría decir que de cien personas sesenta están muy protegidas y cuarenta poco. Eso sí, como los vacunados no saben si pertenecen al grupo de los sesenta o al de los cuarenta, tendrán que seguir con todas las precauciones para no contagiarse ellos y no contagiar a los demás. Si se evita que haya muertes, que haya enfermedad grave, será un avance brutal. Este tipo de vacunas no se pueden comparar, por ejemplo, con las vacunas que nos ponen en la infancia porque éstas las ponemos

a todo el mundo cuando nace, por lo que el virus prácticamente no puede circular. Pero hasta que toda la población se llegue a vacunar frente a este virus nos quedan no sólo meses sino años. **Lo que sí que tenemos que tener en cuenta es que cuando la vacuna esté es que protege de la COVID-19, pero no del virus, del SARS-2.** Es decir, el virus se puede multiplicar en esas personas, por lo que seguirá habiendo muchas medidas. No debemos pensar que hay un solo tipo de posibilidad de vacuna, no todo es blanco o negro. Hay vacunas con más o menos eficacia, más seguras para unos grupos u otros.

P: ¿Qué sabemos de las mutaciones?

R: Este virus muta diez veces menos que la gripe, muta muy poco y además los coronavirus no se suelen escapar de la respuesta inmunitaria como se escapa la gripe.

P: En el CSIC han trabajado en equipos multidisciplinarios en este tiempo. En España, ¿nos cuesta trabajar así?

R: Lo que ocurre en España es que no se valoran los equipos multidisciplinarios, no se premian. Aquí, como también ocurre en el resto del mundo, si quieres seguir trabajando tienes que especializarte. Ahora que hemos podido trabajar con esta estructura, lo hemos hecho muy bien, los resultados han sido muy interesantes. Eso sí, creo que es imprescindible que el objetivo común esté muy claro. Pero, mientras no se fomente, no se hará; porque en ningún campo de la ciencia que yo conozca se está trabajando así.

P: ¿Esta forma de trabajo tendrá un recorrido en el CSIC?

R: El CSIC hace tres o cuatro años que tiene claro que ésta es una buena forma de trabajo. De hecho, ésta no es la primera plataforma multidisciplinar que montamos. Precisamente porque ya existía esta nueva forma de trabajar es por lo que pudimos montar inmediatamente ésta en la que estamos trabajando. Sabemos que tenemos que tener en cuenta futuras infecciones, por eso a esta plataforma la hemos llamado Salud Global. El calentamiento trae a nuevos insectos que ya pueden hacer el ciclo completo en el Mediterráneo y, por tanto, transmitir unas enfermedades que antes no transmitían. Éstas van a ser muy complicadas de controlar. También, hay otro tipo de afectaciones a la salud global, como son las del aire contaminado, que nos afectan. Otro tipo que debemos tener en cuenta son las de transmisión fecal, como la hepa-



«Podemos llegar a tener hasta diez veces más de contagios respecto a los casos que hemos tenido en verano»

«Una gran lección es lo que pasa cuando no tenemos inmunidad frente a un virus, y ahí se debe centrar la investigación en inmunología»



titis A, porque son virus muy resistentes, capaces de sobrevivir en aguas residuales y seguir contagiando. Cada virus es distinto, cada bacteria es distinta, cada parásito es distinto. Nosotros seguimos trabajando en un amplio número de escenarios. El sistema inmunitario es muy importante contra todos ellos.

P: ¿Qué aprendizaje nos llevaremos de todo eso?

R: Todas las investigaciones sirven para seguir aprendiendo. Por ejemplo, la investigación que tuvo lugar para un virus como el SARS-1, que se había logrado eliminar con medidas de contención tremendas en todo el sureste asiático en 2004, ha permitido hacer tan rápidamente las vacunas para este virus. Por lo que las cosas más imprevistas luego valen. Ahora queda claro que debemos investigar la inmunología frente a las infecciones. Lo que vivimos hoy no lo habíamos vivido en muchos siglos. Hasta las pandemias de gripe se transmiten más lento. Y, además, frente a la gripe, una gran parte de la población tiene inmunidad. De lo que estamos viviendo, los únicos precedentes conocidos son casi medievales. Uno es cuando los españoles y los europeos fuimos a América en el siglo XVI. La población americana no tenía inmunidad frente a nuestras infecciones. Gripe A ha habido muchas. Una gripe A infecta a los que tienen menos inmunidad, a los más jóvenes; los que tienen más años están más protegidos. En 2009, cuando hubo una gripe A muy fuerte, la mayor mortalidad se centró en el grupo de 10-20-30 años. La edad media de mortalidad en la gripe de 1918 fue de 28 años y la edad media de las personas que murieron en la pandemia de la gripe rusa de 1889 fue de 28 años. Ésta ha sido una sorpresa para la que no estábamos preparados. Así que una gran lección es lo que pasa cuando no

tenemos inmunidad frente a un virus, y ahí se debe centrar la investigación en inmunología.

P: ¿Qué tipo de pandemia cree que podrá ser la siguiente?

R: Imagino cuatro posibles pandemias, sin profundizar mucho. Una es otro coronavirus, porque en este siglo ya hemos tenido más de uno muy grave: el SARS-Cov-1, MERS, SARS-Cov-2... Además, se sabe que, entre los coronavirus que hoy están circulando entre animales, hay muchos que con nada podrían transmitirse a los seres humanos. La segunda probabilidad es una gripe derivada de las aves domésticas, que surgen más de tres veces en un siglo. En el sureste asiático surgen muy a menudo, incluso cada menos, cada dos o tres años; por eso estaban tan entrenados, porque son muy fuertes y mata entre un 40 y un 60 por ciento de las personas infectadas. La ventaja es que ésta no se transmite casi entre personas y se logra contener. El tercer tipo de pandemia que puede llegar es una causada por virus o parásitos que se transmiten por insectos, y aquí entra **el calentamiento global. Es algo que ya estamos viendo en el Mediterráneo: personas contagiadas aquí de enfermedades tropicales.** La cuarta es una epidemia de bacterias resistentes a antibióticos, que la tenemos a la vuelta de la esquina. Éstas pueden contagiarse por alimentos, como la salmonella, otras por el aire, como la tuberculosis, hay otras que residen en nosotros como los neumococos, el problema es cuando se hagan resistentes a antibióticos.

NOTA: ESTA ENTREVISTA SE REALIZÓ LA ÚLTIMA SEMANA DE OCTUBRE, CUANDO TODAVÍA NO SE CONOCÍAN LOS ÚLTIMOS DATOS SOBRE LAS PRIMERAS VACUNAS QUE PUEDEN ESTAR DISPONIBLES EN EL MERCADO.

La Agencia Europea de Medicamentos aprobó en julio la administración de remdesivir como tratamiento autorizado para hacer frente a la enfermedad. Una autorización que pone en valor el esfuerzo realizado por Gilead desde principios de año y su contribución a la lucha colectiva contra la COVID-19, que ha ido mucho más allá de este fármaco y que la coloca entre las empresas líderes por donaciones y solidaridad. Repasamos la historia de nueve meses frenéticos para la compañía y algunos de sus hitos más destacados.

Gilead vs COVID-19

COMPROMETIDOS CONTRA LA PANDEMIA

Desde su irrupción en el primer trimestre del año, Gilead no ha dudado en dar la cara frente a la COVID-19 y sumarse al esfuerzo de todos los agentes implicados contra una pandemia que ha puesto en jaque al mundo. Es una lucha a brazo partido y contra el reloj. Titánica. Aunque asegurando, eso sí, todos los estándares de calidad exigidos. Hay demasiado en juego como para querer ir más deprisa de la cuenta.

En esta carrera, remdesivir, un antiviral desarrollado por la compañía, ha tenido un protagonismo refrendado en octubre por la Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA).

"Como ya hicimos con el VIH y la hepatitis C, estamos poniendo nuestro máximo esfuerzo para ayudar a cambiar el curso de esta enfermedad. Confiamos en que remdesivir será el primer paso", declara **María Río**, vicepresidenta y directora general de Gilead España.

Pero la carrera empezó mucho antes, en marzo, cuando las alarmas comenzaron a dispararse. Desde entonces, en Gilead no ha habido un minuto de respiro. Y en todo este proceso, la compañía ha apostado por España.

MARZO DONACIÓN DE 52 EQUIPOS INFORMÁTICOS PARA IFEMA

Gilead reacciona con agilidad al anuncio de la pandemia y a las necesidades urgentes que iban sucediéndose casi sobre la marcha. Habilita recursos y procura colaborar con las comunidades autónomas que más lo necesitaban. Para empezar, dona 52 equipos informáticos para los controles de enfermería del hospital de campaña COVID-19 de IFEMA, en Madrid. Y, en seguida, 150.000 mascarillas autofiltrantes FFP2 y 40.000 tests diagnósticos PCR para doce comunidades: Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Madrid, Navarra, País Vasco y

Valencia. "Con estas donaciones queremos contribuir a que nuestros profesionales sanitarios dispongan de los equipos necesarios para continuar la labor heroica que están realizando", destaca **María Río**.

ABRIL DONACIÓN DE 198.000 DOSIS DE TDF/FTC PARA UN ESTUDIO DEL MINISTERIO

"Estamos absolutamente comprometidos no sólo con el desarrollo de tratamientos para enfermedades víricas sino también con la prevención de las mismas", añade **María Río** en abril. Se refiere así a la donación de 198.000 dosis del antirretroviral TDF/FTC y de otras 198.000 dosis de TDF/FTC placebo para un estudio impulsado por el Mi-

nisterio de Sanidad en el que se va a evaluar la eficacia de varias estrategias preventivas para profesionales sanitarios en contacto con pacientes infectados. El estudio, nacional, multicéntrico y aleatorizado, se desarrollaría después durante doce semanas e incluiría a 4.000 profesionales de 61 centros hospitalarios. El objetivo de la investigación es identificar estrategias que permitan controlar la transmisión de la infección entre toda la población.

DONADO TODO EL SUMINISTRO DE REMDESIVIR

Gilead decide donar toda su producción mundial del fármaco hasta el mes de junio: 1,5 millones de viales, que equivalen a 240.000 tratamientos. El objetivo, su utilización en ensayos, programas de uso compasivo y acceso expandido. En términos monetarios, y teniendo en cuenta el precio del tratamiento, el valor de esa donación asciende a unos 585 millones de dólares. En ese momento, en lo más duro de la pandemia, y gracias a la donación, más de 3.000 pacientes pueden tratarse gratuitamente en España.

FONDO EXTRAORDINARIO DE 1,6 MILLONES CONTRA LA PANDEMIA

Pero el esfuerzo y el compromiso de Gilead van más allá: la compañía decide habilitar en abril un fondo extraordinario de 1,6 millones de euros para contribuir de forma solidaria en la lucha contra la COVID-19. Esa cantidad incluye los recursos destinados habitualmente a las Becas para la Investigación Biomédica y buena parte del presupuesto previsto para los programas educativos de 2020.

ACUERDO CON LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

A través del fondo antes mencionado, Gilead y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) suman fuerzas para garantizar la seguridad de los farmacéuticos de hospital y de los pacientes que acuden a los centros a recoger sus tratamientos. 123 centros y 3.400 profesionales de la farmacia ven mejoradas sus condiciones gracias al fondo extraordinario comentado en el párrafo anterior.

«Durante años hemos estado junto a organizaciones comunitarias que ofrecen apoyo a personas con VIH, hepatitis vitales, cáncer y otras patologías. El fondo Gilead CARES quiere reconocer la importancia de su trabajo»

BRETT PLETCHER, VICEPRESIDENTE EJECUTIVO CORPORATE AFFAIRS, GILEAD

MAYO ACUERDO PARA LLEVAR EL ANTIVIRAL CON INDICACIÓN EN COVID-19 A 127 PAÍSES EN DESARROLLO

Gilead firma un acuerdo con nueve compañías fabricantes de medicamentos genéricos para la producción y distribución del producto en 127 países en vías de desarrollo en todo el mundo, garantizando así el acceso a los pacientes de esas regiones.

ACUERDO CON CRUZ ROJA Y CESIDA

Pero Gilead quiere ir más allá del colectivo sanitario. Por eso, firma un acuerdo con Cruz Roja para la adquisición de material en albergues y hospitales de campaña. Y habilita una convocatoria extraordinaria con Colectivo Estatal para la lucha contra el VIH y Sida (Cesida) para ayudar a colectivos vulnerables y personas en riesgo de exclusión para financiar la compra de material de protección, facilitar el transporte de medicinas y la compra y reparto de alimentos y productos de primera necesidad. Más de 30 ONGs y 7.000 personas se benefician de esa convocatoria en las primeras semanas del estado de alarma.

ONCE ASOCIACIONES DE PACIENTES ESPAÑOLAS SE BENEFICIAN DEL FONDO GILEAD CARES

También en abril, y a nivel mundial, Gilead lanza el fondo de becas Gilead CARES (COVID-19 Acute Relief and Emergency Support), dotado con 20 millones de dólares, para proveer apoyo económico a organizaciones sin ánimo de lucro en riesgo de desaparición por los efectos de la pandemia. Once asociaciones de pacientes españolas se benefician del programa: Adhara (Asociación VIH/Sida),

Asociación para la Ayuda a Personas Afectadas por el VIH Omsida, Coordinadora Estatal de VIH y Sida (Cesida), Asociación Valenciana de VIH, Sida y Hepatitis, ACASGI, Apoyo Positivo, FNETH, CALCSICOVA, Hispanosida, Amigos contra el Sida y GTT. Además, la compañía hace dos importantes donaciones de un millón de dólares al condado de San Mateo, en California, donde Gilead tiene sus oficinas centrales; y otra, a la ciudad de Los Ángeles.

JULIO ACUERDO CON ESTEVE Y UQUIFA PARA AUMENTAR LA PRODUCCIÓN DE REMDESIVIR

Como parte de la plan de expansión de la producción del fármaco, Gilead alcanza un acuerdo con los laboratorios Esteve y Uquifa. Aumentar la capacidad de producción ha sido una de las prioridades de la compañía desde el primer momento. Cabe destacar que a principios de año sólo se disponía de 5.000 tratamientos y que, desde entonces, la producción se ha multiplicado por 50. Se estima que a final de año se alcanzarán los dos millones de tratamientos.

REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE FABRICACIÓN

Por otra parte, Gilead también anuncia en verano la reducción a la mitad del tiempo de fabricación del medicamento: de doce a seis meses. Este logro tiene especial relevancia por cuanto el proceso de producción de remdesivir es complejo y laborioso. Para conseguir estos avances, Gilead invierte más de mil millones de dólares.

ENCIFRAS

198.000

Gilead donó en abril 198.000 dosis de su antirretroviral TDF/FTC para un estudio de prevención frente a la COVID-19 en profesionales sanitarios.

12K

Más de 12.000 pacientes han sido tratados ya con remdesivir en España sin coste alguno para el sistema nacional de salud.

1,6mill

Cuánta a la que asciende el fondo extraordinario habilitado por Gilead España en abril para contribuir a la lucha contra la COVID-19. Incluyó los recursos destinados habitualmente a las Becas para la Investigación Biomédica y buena parte del presupuesto de los programas educativos de 2020.

1,5mill

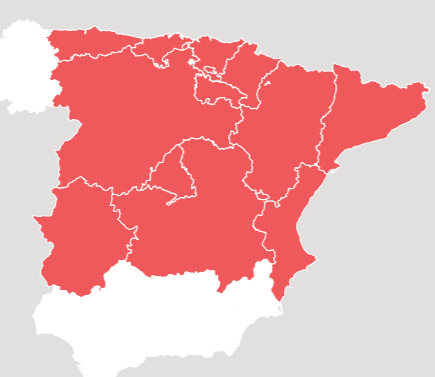
A nivel mundial, se donó toda la producción de remdesivir: 1,5 millones de viales.

1.000mill

La inversión de Gilead para el desarrollo del fármaco para el tratamiento de la COVID asciende a mil millones de dólares en todo el mundo.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS BENEFICIARIAS DE LA DONACIÓN DE MASCARILLAS Y PCR DE GILEAD EN MARZO

- Aragón
- Asturias
- Cantabria
- Castilla La Mancha
- Castilla León
- Cataluña
- Extremadura
- La Rioja
- Madrid
- Navarra
- País Vasco
- Valencia





32 AÑOS DE TAR EN ESPAÑA

¿GASTO O INVERSIÓN?

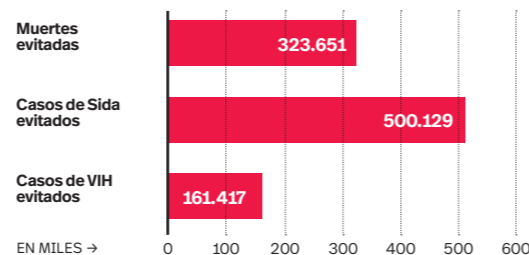
Los antirretrovirales no sólo han salvado vidas y evitado muchos casos de sida y VIH; además, entre 1987 y 2018, han traído consigo un beneficio para la sociedad española cifrado en 35.812 millones de euros, según un estudio reciente. La respuesta es clara: TAR igual a inversión.

En distintas fases, los tratamientos antirretrovirales en España acumulan una historia de 32 años. El sistema público de salud ha gastado en este tiempo 6.185 millones de euros para su adquisición y administración. ¿Gasto o inversión? **Pere Ventayol**, jefe de sección del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Son Espases, de Palma de Mallorca, lo tiene claro: inversión. “Generalmente, la visión más simple es considerar el enorme impacto presupuestario que supone la terapia antiviral. Pero hacer el ejercicio de asociar este gasto al beneficio obtenido es la forma adecuada de demostrar que, en el fondo, se trata de una inversión”.

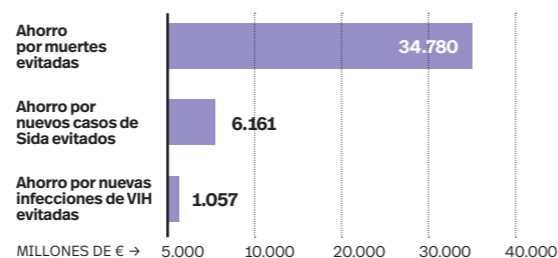
Pues bien, el estudio ‘Clinical and economic impact of 32 years of antiretroviral therapy for people living with HIV in Spain: Has it been an efficient interven-

tion?’, que firman el propio Ventayol y otros colegas, fija nada menos que en 35.812 millones de euros el beneficio social de los tratamientos en nuestro país entre 1987 y 2018, el periodo estudiado. Las conclusiones de esa investigación fueron presentadas en el 65º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), celebrado del 20 al 22 de octubre pasados. Y sus números rotundos: el coste/beneficio de esa inversión en antirretrovirales ha sido de 6,79; es decir, cada euro gastado se ha traducido en un retorno económico para la sociedad de 6,79 euros. Si se tiene en cuenta estrictamente el beneficio para el sistema nacional

Impacto clínico del TAR en España, 1987-2018



Impacto económico del TAR en España, 1987-2018



«El retorno producido por la inversión en terapias antivirales en estas tres décadas no sólo ha sido económico sino, principalmente, un beneficio en salud. Ha sido una de las inversiones más rentables para el sistema sanitario»

PERE VENTAYOL, JEFE DE SECCIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES, DE PALMA DE MALLORCA



de salud, descontando los costes directos generados, el beneficio asciende a 1.032 millones y el coste/beneficio es de 1,17. “Sabíamos que los tratamientos han proporcionado una mejora significativa en la salud de las personas que viven con VIH, pero hasta ahora no se había evaluado su rentabilidad o eficiencia. Este estudio permite demostrar que el retorno que ha producido la inversión en terapia antiviral en estas tres décadas no sólo ha sido económico sino, sobre todo, un beneficio en salud. Ha sido, sin duda, una de las inversiones más rentables para el sistema sanitario”, subraya el autor.

Las investigaciones farmacoeconómicas son estimaciones, lo explica bien el propio Ventayol, que dice que los datos reales de lo que se ha evitado y, por tanto, del beneficio obtenido, no se podrán saber nunca. Pero sí son “una aproximación realista basada en datos epidemiológicos”. “El análisis no deja de tener valor por ello. Aunque el beneficio fuera menor, es espectacular”, concluye. A la cifra de coste/beneficio de 6,79 comparando la situación actual y la que estaríamos viviendo en el caso de que no se hubiera realizado la inversión en tratamientos. Precisa el estudio que los antivirales han evitado en España, en estas tres décadas, 323.000 muertes, 500.000 casos de sida y 161.000 casos de VIH (ver cuadro adjunto). Y que ese beneficio clínico se ha traducido en el ahorro de 34.780 millones, 6.161 millones y 1.057 millones de euros, respectivamente.

Ventayol y sus colegas segmentan el análisis en tres momentos o décadas: un primer momento, la denominada era pre-TAR, que va de 1987 a 1996; un segundo momento, entre 1997 y 2007, que coincide con la llegada de los TAR; y los últimos años, entre 2008 y 2018. Su objetivo es comprobar si ha habido o no diferencias entre el volumen de la inversión y los resultados de salud obtenidos en cada una de esas etapas. “Y la

respuesta es que los beneficios obtenidos muestran una relación de menos a más: a mayor inversión, mayor retorno. La literalidad en la relación beneficio-coste no deja lugar a la duda. Siempre y cuando no se disponga de una solución más efectiva, claro. Aunque no por ello hay que dejar de escatimar esfuerzos en las medidas de cribaje, detección y preven-

ción”, asegura. Poner números a estas tres décadas de terapias antirretrovirales tiene su alcance, recalca Pere Ventayol. No es que haya dudas al respecto de sus beneficios clínicos, pero sí es importante “para justificar que los tratamientos han proporcionado una mejora significativa para las personas y que además se han empleado con eficiencia”.

LOS TAR, EN CIFRAS



35.812 mill
1.032 mill

El beneficio clínico generado por los TAR en España entre 1987 y 2018 se traduce en un beneficio neto de 35.812 millones de euros para la sociedad.

El beneficio clínico generado por los TAR en España entre 1987 y 2018 se traduce en un ahorro neto de 1.032 millones de euros para el sistema público de salud.

Desde el punto de vista social, los TAR arrojan en ese periodo un ratio coste/beneficio social de 6,79. Es decir: por cada euro invertido por el sistema se ha generado un retorno económico de 6,79 euros a la sociedad.

Desde el punto de vista del sistema público de salud, los TAR arrojan en ese periodo un ratio coste/beneficio de 1,17. Es decir: por cada euro invertido por el sistema se ha generado un retorno económico de 1,17€ para las arcas públicas.

El estudio científico cuantifica en 1.961.943 millones de euros el valor monetario de una vida.

Envejecimiento+VIH = Más comorbilidades y mayor coste sanitario

FRANCISCO JÓDAR, DAVID JOSÉ SÁNCHEZ PARDO, YUSNELKIS MILANES, CARLOS LUIS PARRA, CRISTINA ROCA, P. VICIANA. 'ANÁLISIS CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LAS COMORBILIDADES NO ASOCIADAS AL VIH EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH'. 65º CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA (SEFH), 2020.

● A igual edad, las personas que viven con VIH presentan una mayor prevalencia de complicaciones médicas que la población general, presentan antes signos de envejecimiento y su recuperación inmune en respuesta a los tratamientos antirretrovirales es menor y se asocia a una mayor tasa de reacciones adversas. No sólo eso, estas personas implican un mayor consumo de recursos y un mayor coste sanitario asociado al manejo de las mismas. Son las principales conclusiones del estudio 'Análisis clínico y económico de las comorbilidades no asociadas al VIH en personas que viven con VIH', también presentado en el **65º Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)** y apoyado por **Gilead**.

● Para su investigación, los autores incluyen en su análisis a 2.803 pacientes con VIH clasificados según si su diagnóstico es previo o posterior a 2007. Del total, 1.591 (56,8%) presentan al menos una comorbilidad y 636 (22,7%) documentan tres o más comorbilidades durante el periodo de seguimiento. Se identifican además importantes diferencias entre cohortes: mientras el 70,2% de los diagnosticados antes de 2007 muestra una comorbilidad, este porcentaje baja al 37,2% entre los diagnosticados

Comorbilidades

- Hipertensión
- Diabetes
- Infecciones bacterianas
- Enfermedades óseas
- Enf. cardiovasculares
- Enf. neurocognitivas
- Enf. hepáticas avanzadas
- Neoplastias
- Enf. renales terminales

Componentes del coste medio sanitario en población general según número de comorbilidades*

De 0 a 3 comorbilidades y coste medio según actuación.

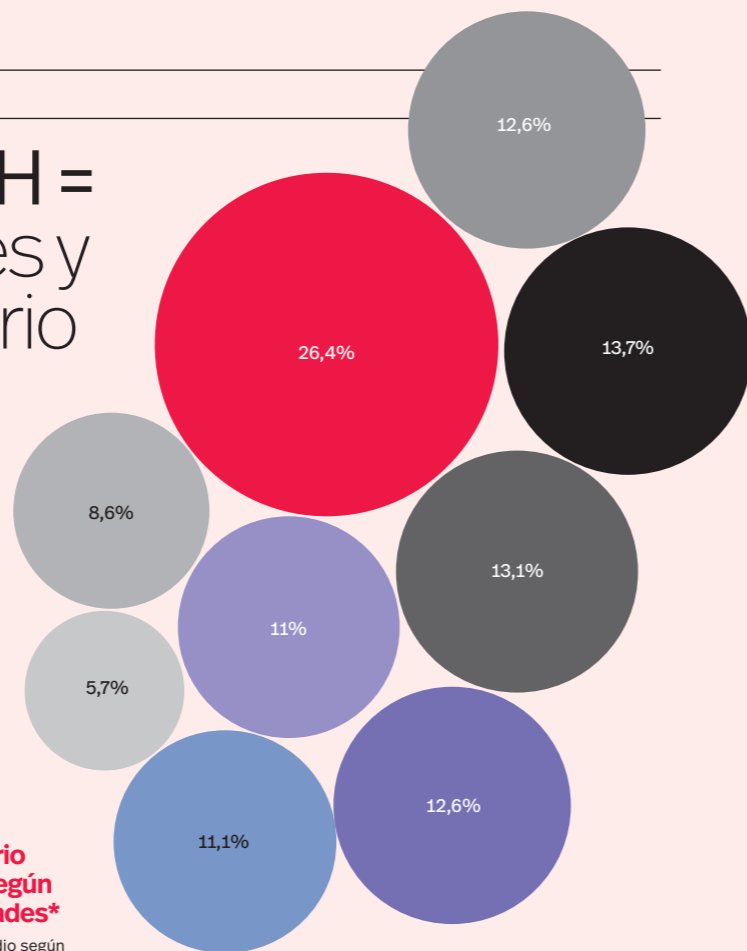
	0		1		2		3	
	MEDIA	DVST	MEDIA	DVST	MEDIA	DVST	MEDIA	DVST
Hospitalizaciones	1.989	5.503	3.075	6.955	5.400	5.343	19.478	23.529
Consultas Urgencias	576	1.149	763	1.132	1.002	1.560	2.108	2.699
Consultas no VIH	274	206	353	265	457	373	655	468
Pruebas diagnósticas	388	515	504	600	714	872	1.119	1.195
Analíticas	731	485	928	493	1.129	579	1.089	685
Inmunovirología	613	370	749	371	865	400	805	422
Serología Virus C	83	221	140	305	320	534	386	567
Genotipo VIH	158	165	163	187	158	215	155	234

* En pacientes con comorbilidades el coste medio de las hospitalizaciones se multiplica casi por 10.

después de esa fecha. Sí es común antes y después de 2007 que el coste sanitario medio por paciente con complicaciones es más elevado que en población son VIH. Excluyendo el coste de los TAR, las hospitalizaciones representan la parte más importante del coste sanitario: asciende a 10.101 euros por paciente

con comorbilidades, frente a 1.989 euros en los pacientes sin otras complicaciones. La presencia de comorbilidades, revela el estudio, multiplica por cinco la frecuencia de hospitalizaciones y por 2,3 la necesidad de consulta en urgencias. En pacientes con tres comorbilidades, el coste medio de los ingresos hospitala-

rios se multiplica por diez con respecto a pacientes sin otras patologías. Tan relevante es el coste asociado a comorbilidades en pacientes VIH, subrayan los autores, que "debe ser tenido en cuenta por los agentes implicados en el abordaje de pacientes VIH a la hora de establecer recomendaciones o protocolos terapéuticos".



Sergio Serrano recibió en 2018 el premio de GeSIDA al mejor investigador joven. Las interacciones entre la microbiota y la inmunidad mucosa en la patógena de la inflamación crónica concentran su labor desde hace años. Médico del Servicio de Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, dirige una consulta multidisciplinar para el manejo integral de pacientes VIH de más de 50 años y coordina un proyecto internacional para conocer el impacto de la microbiota en la infección por VIH. En el año COVID, Serrano explica que la inflamación por VIH y por SARS-CoV-2 son distintas. **“Desde el momento en que el VIH es una infección crónica e incurable y la COVID-19 aguda y autolimitada, son dos patologías diferentes. Sí existen similitudes en algunos fenómenos inherentes a la respuesta inmune, como son la activación de linfocitos T o la elevación de marcadores de respuesta inflamatoria antiviral. Sin embargo, en cuanto a cinética, subpoblaciones celulares implicadas y magnitud, las diferencias son patentes”.** Son cuatro décadas de intentar entender el VIH por sólo uno de COVID. . .

El facultativo del Ramón y Cajal asegura que el impacto de la pandemia no ha sido igual ni por intensidad ni por periodo de tiempo en todo el país y que, en general, “podemos estar orgullosos de haber superado una prueba de estrés inmensa para la atención de VIH”. A su juicio, el sistema ha podido seguir vinculando los nuevos casos a las consultas especializadas y ha garantizado la dispensación de la medicación. “Ahora, es importante individualizar bien el tipo de atención. Si bien para muchos pacientes la telemedicina es algo conveniente y viable, en otros casos se precisa mantener el modelo clásico presencial”, subraya. No hay duda de que el azote del coronavirus ha puesto en jaque economías y sistemas de salud este año, y que su impacto afectará a la consecución de los objetivos de ONUSIDA para el año 2030.

En un país cuyo índice de diagnósticos tardíos ronda el 50% de los nuevos casos, los expertos urgen a extender los test rápidos también en pacientes asintomáticos.

Contra la inflamación, diagnóstico precoz y tratamiento inmediato

“En tanto en cuanto la pandemia sigue activa y con intensidad fluctuante, parece improbable que sus efectos negativos puedan revertirse a corto plazo. El impacto real lo veremos más adelante, cuando sepamos hasta qué punto ha ocasionado retraso diagnóstico de nuevos casos de VIH. También es pronto para saber si van a disminuir las dotaciones presupuestarias destinadas a la investigación en VIH. Es innegable que muchos investigadores hemos sido empujados a investigar también en COVID-19, pero mi impresión es que ha sido más a costa de desdoblarse esfuerzos”, critica.

Sobre la inflamación, que es el objeto principal de su labor investigadora, Sergio Serrano pone de manifiesto que es uno de los determinantes biológicos del envejecimiento: envejecer se asocia con aumentar el grado de inflamación del organismo. Esto es más acusado en personas con VIH, por lo que el impacto en su salud también es mayor. Ante eso, insiste, “es clave el inicio del tratamiento antirretroviral antes de que

se produzca el deterioro inmunológico, y también facilitar la adherencia al mismo con pautas sencillas y promover cambios en el estilo de vida: dieta mediterránea, ejercicio y deshabitación tabáquica”. Explica Serrano que, sin tratamiento, el VIH se replica y produce un daño inmunológico en las mucosas y en los ganglios linfáticos cuya intensidad se acentúa con el tiempo. Ahí surge la inflamación. Los antirretrovirales previenen este daño si se inician precozmente: “Si la infección ha

«Mientras la pandemia siga activa, parece improbable que sus efectos negativos puedan revertirse a corto plazo. El impacto real lo veremos más adelante, cuando sepamos hasta qué punto ha ocasionado retraso diagnóstico de nuevos casos»

SERGIO SERRANO, SERVICIO DE INFECCIOSAS DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL DE MADRID



progresado, el daño es grande y la recuperación a largo plazo incompleta". En este sentido, se inclina por las combinaciones de tratamiento triple basadas en inhibidores de la integrasa, que "muestran un mejor perfil antiinflamatorio" que las pautas basadas en inhibidores de la proteasa o en análogos de nucleósidos.

En un país donde las cifras de diagnóstico tardío son "todas"—alrededor de la mitad de los nuevos casos presentan menos de 350 linfocitos CD4/uL—, el doctor Serrano urge a "mejorar el estigma social asociado a realizarse la prueba" y a proponérsela a los pacientes, "incluso a personas asintomáticas". "Ha habido avances. Cada día vemos más pacientes que se han diagnosticado ellos mismos. Pero hay que mejorar aún más la accesibilidad a las pruebas rápidas y desarrollar campañas de información ciudadana sobre VIH e ITS", concluye.

1000

La **microbiota** es el conjunto de microorganismos que se localizan de manera normal en distintos lugares de los cuerpos de los seres vivos pluricelulares, tales como el cuerpo humano. En el cuerpo humano viven aproximadamente 10.000 especies bacterianas diferentes y unos **100 billones de microorganismos**. Se estima que sólo un 1% puede ser potencial patógeno. Ellos se benefician de nosotros y nosotros de ellos. A pesar de tener uno número de bacterias similar al de células propias, la microbiota supone sólo 200 gramos de toda la masa del cuerpo humano.

B Trastornos emocionales

LA 'RESACA' EMOCIONAL DE LA PANDEMIA

Los expertos señalan que este año se ha disparado la incidencia de nuevos trastornos psiquiátricos en pacientes con VIH

Para alcanzar el cuarto 90 (o 95) de ONUSIDA, es decir, ése que se refiere a la calidad de vida de los pacientes con VIH, es fundamental identificar de forma correcta los síntomas neuropsiquiátricos que pueden presentar esas personas y acertar con la elección del tratamiento antirretroviral que mejor se adecúa a cada una. En un año tan peculiar y difícil como éste, los expertos coinciden en señalar que, al verse afectada la atención, algunos problemas se han multiplicado. "La pandemia ha agravado problemas como la soledad o el miedo al futuro, lo que ha contribuido a aumentar la incidencia de nuevos trastornos emocionales—ansiedad y depresión— y del sueño, y a intensificar y descompensar los ya existentes", afirma **Ignacio Pérez Valero**, médico internista de la Unidad e VIH del Hospital Universitario La Paz, de Madrid. Pérez Valero subraya que con la telemedicina "se aumenta la dificultad para identificar esos trastornos, especialmente si no se realiza una anamnesis dirigida o se utilizan herramientas de despistaje como la escala hospitalaria de ansiedad o depresión o el índice de calidad del sueño de Pittsburgh".

Pérez Valero incide en que cada vez más se incorporan a la práctica clínica los cuestionarios de síntomas reportados por el paciente (patient-reported outcomes o PRO), y pone en valor su eficacia. En el XI Congreso Anual de GeSIDA, que tuvo lugar en diciembre pasado, el propio facultativo presentó el caso de un paciente que presentaba insomnio y ansiedad secundariamente al inicio de un tratamiento antirretroviral. "Esta sintomatología, de la que su clínico no era

consciente, fue detectada y resuelta tras el cambio del tratamiento antirretroviral gracias al uso de estos PROs", concluía en aquella ocasión.

Se sabe que las personas que viven con VIH presentan una mayor vulnerabilidad neuropsiquiátrica y que esto las predispone a vivir de forma más intensa el impacto de un estrés como la COVID-19. En las consultas, reconoce el internista de La Paz, no se están atendiendo más casos, "probablemente porque la gente tiene miedo de acudir al hospital", pero sí casos más graves. No hay datos aún sobre el impacto en poblaciones más vulnerables, pero sí, "como era de esperar, se registra una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos en mujeres y personas de edad avanzada", señala, aunque también ha aumentado la problemática relacionada con el consumo de drogas y el llamado 'chemsex', más común entre hombres jóvenes. Para sobrellevar mejor estos meses de pandemia, los pacientes con VIH han de llevar una dieta saludable, hacer ejercicio regularmente, evitar la sobreinformación y en general, mantenerse activo. Es lo que recomienda Pérez Valero, que no puede más que lamentarse de que la salud mental siga "estigmatizada" y que, por esa razón, "muchas personas no solicitan ayuda profesional en fases iniciales, cuando el manejo de los trastornos neuropsiquiátricos es más sencillo y eficaz".

Qué es el PSQI

El **Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)** es el cuestionario sobre el sueño más utilizado en población adulta. Consta de 19 preguntas autoaplicadas y 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero de habitación en las que se evalúa lo experimentado en el último mes. Sólo las preguntas autoaplicadas se reflejan en la puntuación final. Esas 19 preguntas se combinan entre sí para formar siete 'componentes' de puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango de 0 a 3 puntos, donde 0 indica que no hay dificultad y 3 que existe mucha dificultad. La puntuación global tiene un rango de 0 a 21 puntos, en el que 0 es ausencia de dificultades en el sueño y 21 dificultades severas.



IGNACIO PÉREZ-VALERO

B Home delivery

Los especialistas de farmacia hospitalaria apuestan por remodelar a fondo la asistencia apoyándose en la estratificación de pacientes y potenciando el autocuidado y el seguimiento telemático.

La telefarmacia del futuro: acercar medicamento y conocimiento

Como casi todo en este 2020, "la farmacia hospitalaria ha tenido que reinventarse prácticamente de la noche a la mañana". Pero **Ramón Morillo**, de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Virgen de Valme, en Sevilla, no duda de que ésta es una gran oportunidad: "Toca reorientar los modelos de cuidados asistenciales, hay que pensar en una nueva forma de seguimiento a los pacientes más acorde con sus necesidades individuales".

Es cierto, y él no lo oculta: la pandemia hará que los objetivos de ONUSIDA se retrasen. No sólo es cierto, "es una consecuencia lógica: los recursos no son ilimitados". Además, a su juicio, las fechas no son tan importantes. "Lo importante es alcanzar el objetivo. El esfuerzo realizado durante muchos años para conseguir la cronificación, unido a la efectividad y seguridad de las combinaciones actuales, nos ha dado un cierto margen para el manejo de pacientes en estas condiciones. Yo sigo siendo optimista", zanja la cuestión.

Morillo es también coordinador del Mapa Estratégico de Atención Farma-

céutica al Paciente Externo (MAPEX), de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, y como tal se siente "muy orgulloso" de la capacidad de respuesta y adaptación del colectivo: "Se ha colaborado estrechamente con los servicios médicos, con ONGs, con instituciones... Los servicios se redimensionaron para apoyar a las áreas con mayor actividad asistencial. El compromiso y el compañerismo han brillado extraordinariamente". El estudio ENOPEX sobre la telefarmacia en tiempo de pandemia (más información en páginas 44 a 47) es concluyente: la satisfacción de los pacientes por la atención recibida estos meses es muy alta. "No se trata de home delivery, que es un concepto al que no queremos acercarnos. Tan importante como acercar el medicamento ha sido acercar el conocimiento a los pacientes y que sintieran que tenían un farmacéutico especialista siempre a su disposición", explica.

Por aquí viene el futuro, que a juicio de Ramón Morillo es "dual". Él lo anticipa así: "El hospital del futuro tendrá una alta intensidad tecnológica y una actividad mixta entre lo presencial y lo virtual. Habrá que remodelar la asistencia, y para ello será muy importante emplear estrategias nuevas como la estratifica-

«Lo más importante que se entrega no es la medicación sino el acompañamiento profesional y la disponibilidad permanente para que cada paciente tenga un farmacéutico según sus necesidades»

RAMÓN MORILLO, SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE VALME, SEVILLA



ción de pacientes y potenciar el autocuidado y el seguimiento telemático". Pero, añade con énfasis, "los pacientes también demandan presencialidad del farmacéutico".

"La telefarmacia ha llegado para quedarse, como dice la doctora Olga Delgado, pero no para replicar el modelo presencial. Que nadie piense que esto se resuelve con un teléfono o con una videollamada, porque es mucho más complejo. Tiene muchas ventajas, pero la desventaja principal sería no saber sacarle provecho y pensar que es una sobrecarga", concluye Ramón Morillo, que rompe una lanza en favor de la equidad y de asumir como parte de la cartera de servicios el coste del envío de la medicación.

ESTUDIO ENOPEX

Seis ventajas de la telefarmacia



- 1 Disminución de desplazamientos
- 2 Programación y planificación asistencial
- 3 Contacto permanente
- 4 Mayor coordinación interservicios
- 5 Potencialidad de la formación
- 6 Información masiva a pacientes

Paradójicamente, la pandemia ha despertado un impulso transformador que, si se aprovecha, puede traer por fin cambios profundos en el modelo de atención sanitaria. No hay mal que por bien no venga: las circunstancias han obligado a improvisar soluciones innovadoras que ahora deberán consolidarse. Profesionales y pacientes coinciden en destacar sus ventajas.

One health, teleasistencia... El virus también ha traído innovación

"Nos ha pillado a todos fuera de juego", reconoce José Manuel Martínez-Sesmero, jefe del servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid. "Ha demostrado que nuestro sistema no estaba preparado, que presenta importantes lagunas", añade Antonio Rivero, jefe de sección de Enfermedades Infecciosas del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Que advierte: "Nuestros hospitales no tienen capacidad para atender pacientes COVID o de cualquier otra emergencia sanitaria similar sin dejar de atender otras patologías. Mucho me temo que la mortalidad y la morbilidad indirectas de la pandemia acaben siendo mucho mayores de lo que pensamos".

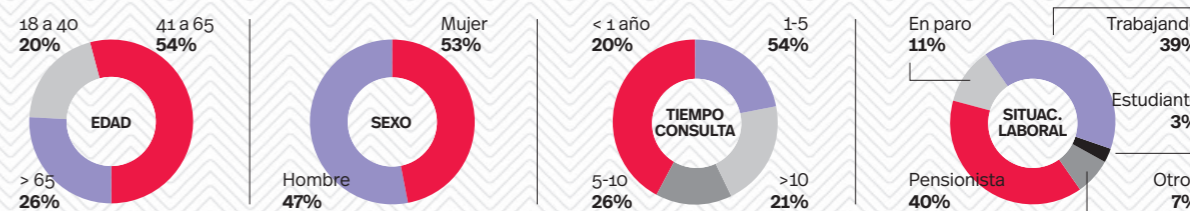
Uno y otro son de los de hablar claro. Ya sea para poner el dedo en la llaga o para destacar, como también hacen, que ante la pandemia se ha dado el máximo. Y que se ha aprendido mucho. Por ejemplo, en cuanto a la coordinación de la atención a pacientes. "Todos los profesionales han sido capaces de entenderse perfectamente. Los hospitales han funcionado como un solo médico, como un solo enfermero, como un solo celador... para afrontar la emergencia", pone de relieve Rivero. Martínez-Sesmero destaca la sincronización y el intercambio de información entre los farmacéuticos de los 35 hospitales madrileños: "No priorizamos a ningún grupo. Hablamos con dirección médica e hicimos teleasistencia a todos los pacientes. Llamamos uno a uno a aquellos que se quedaban sin medicamentos en menos de dos semanas, confirmamos sus

ENCUESTA DE TELEFARMACIA: SATISFACCIÓN CASI UNÁNIME

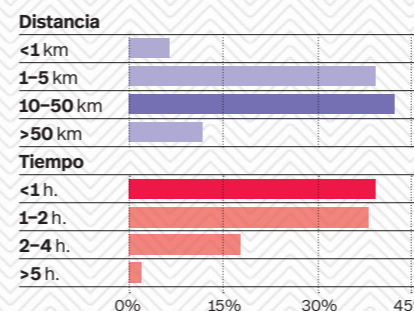
● En el reciente Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), celebrado virtualmente del 20 al 22 de octubre, se presentaron las conclusiones de dos estudios que aportan luz, respectivamente, sobre la situación de la telefarmacia en nuestro país y sobre la satisfacción de los pacientes que se han podido beneficiar de ese servicio.

● Para el primero, desarrollado por Begoña Tortajada-Goitia, Ramón Morillo-Verdugo, Luis Margusino-Framiñán, José Antonio Marcos y Cecilia Fernández-Llamazares, se envió una encuesta online de diez preguntas a todos los socios de la SEFH a la seis semanas del inicio del confinamiento. Se solicitó una sola respuesta por hospital. Respondieron 185 hospitales de 17 comunidades autónomas, lo que supone un 39,3% de la red. Llama la atención que, antes de la pandemia, un 83,2% de los servicios de farmacia no realizaba servicios de telefarmacia que incluyera envío de medicación. Pero en el periodo estudiado se atendió a 119.972 pacientes y se realizaron 134.132 envíos. Las circunstancias personales de los pacientes fueron el primer criterio de selección para el 30,2% de los centros; la entrega a domicilio, la primera opción de envío (87%); y la mensajería externa (47%) y los medios propios del hospital (38,4%), los canales de distribución más importantes. Un 86,7% de los hospitales realizó teleconsulta previa al envío. El estudio constata, por tanto, la amplia y positiva implantación de la telefarmacia

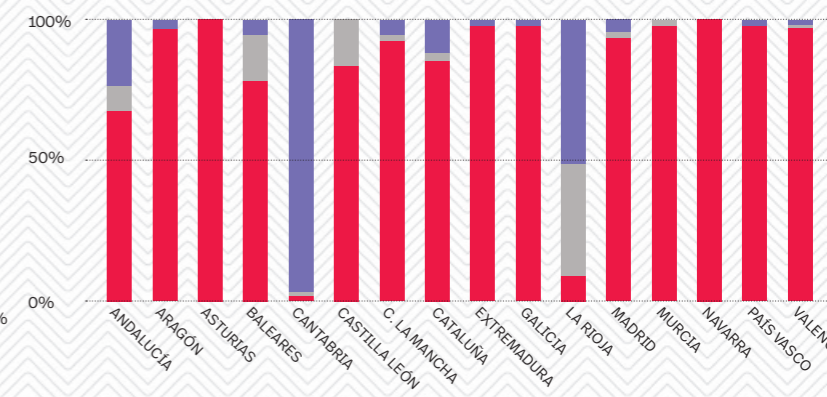
Resultados demográficos



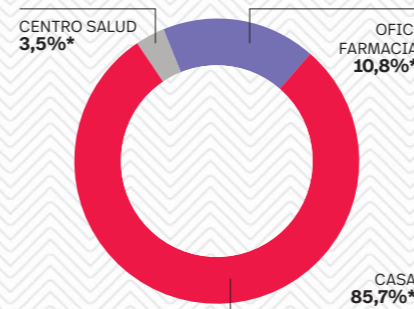
Distancia y tiempo



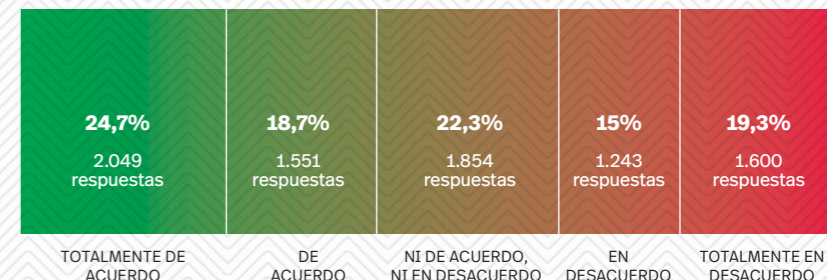
Lugar de envío por CC.AA.



Lugar de envío



Disponibilidad a pagar el envío



durante la crisis, que ha permitido garantizar la continuidad de los tratamientos.

● El segundo estudio, titulado 'La nueva normalidad: ¿qué opinan nuestros pacientes?', está firmado por Mari Ángeles Bernabéu, Ana Hernández, Juan Guío, Juan Campillo, Marta Zayas, Marcos Planelles y María Teresa Aznar, todos ellos del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Sant

Joan de Alicante. Para valorar la satisfacción percibida con el servicio y las preferencias para el futuro, los investigadores enviaron 327 cuestionarios a pacientes y cuidadores atendidos por la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos mediante el modelo de telefarmacia entre el 30 de abril y el 18 de mayo de 2020. La tasa de respuesta fue del 45%. El 95,9% indica que recibió la

medicación correctamente en su domicilio, ajustándose al tiempo indicado y en perfecto estado; el 99,3% manifiesta su satisfacción por el servicio prestado; y el 76,2% prefiere seguir con la telefarmacia y el envío de la medicación a domicilio una vez se supere la crisis si no es preciso ir al hospital por otro motivo.

● De cara al futuro, el 75% de los pacientes piensa que ha

influido positivamente en la comunicación con su centro; el 74% valora por encima de todo no tener que desplazarse; el 97% considera que la telefarmacia es una actividad complementaria a la atención presencial (solo un 17% apunta como negativo la pérdida de contacto directo con su hospital); y el 97% la recomendaría a otros pacientes.

B Acceso a la innovación

tratamientos, hicimos entrevistas farmacéuticas coordinadas con los médicos, contratamos una empresa de logística para garantizar la entrega a domicilio, que no teníamos preparada, nos coordinamos también con las asociaciones de pacientes, que se ofrecieron en seguida a echar una mano, nosotros mismos hicimos muchas veces de mensajeros en nuestros vehículos particulares. . .” Y no sólo eso: la farmacia del San Carlos tuvo que habilitar tres líneas de teléfono adicionales porque no daba abasto para atender a sus 9.000 pacientes, de los que más de mil viven con VIH.

Que el modelo sanitario tiene que cambiar profundamente es algo sobre lo que existe un amplio consenso entre los especialistas. Y que la tecnología es clave en este cambio también se sabe. De todo esto se viene hablando en el marco del Mapa Estratégico para la Atención al Paciente Externo (Mapex). Pero refundar el sistema no es tan sencillo. **“Hay males endémicos. Un hospital es como una gran empresa. Lo más complicado es gestionar las inercias. La innovación en sanidad, como en todo, se refiere en el fondo a una reingeniería de los procesos, que es independiente en buena parte de las inversiones en infraestructuras o en equipos. Hay muchas otras cosas: cómo incentivar, cuáles son las reglas de juego, si se piden o no resultados...”**, analiza Martínez-Sesmero. Para Rivero, sin embargo, el hecho de contar con plantillas escuálidas es un grave problema, y también que los recursos que se destinan a la investigación sigan siendo hoy “ridículos” en España. “Nuestra investigación es circunstancial. Funciona a golpe de improvisación. La respuesta que nuestro país puede dar a los nuevos problemas sanitarios no estará nunca a la altura si no se cambia esto radicalmente”.

La irrupción del coronavirus ha hecho estallar muchas costuras. Un estudio de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) revela que el 83,2% de los hospitales públicos no realizaba actividades de telefarmacia con envío de medicación antes de la pandemia. Seis semanas des-



pués de iniciarse el confinamiento, ya se registraban 134.142 envíos. Otro estudio presentado en el 65º Congreso de la SEFH, celebrado del 20 al 22 de octubre, cifra la satisfacción global de los pacientes con el servicio de telefarmacia en un 99,3% (ver información adjunta). Se trata, por tanto, de aprovechar el impulso de una crisis tan enorme como la que vivimos. Porque no todo lo que ha traído el virus es malo. . . Lo apunta José Manuel Martínez-Sesmero: “Ha sido un aprendizaje, pero sobre todo ha sido un revulsivo para todos. Para los profesionales y para los pacientes. Como un recordatorio categórico de algo que llevamos diciendo desde hace años: tenemos que revisar muchos procesos arraigados que generan poco valor. Hay que trabajar de otra manera. El sistema sanitario no ha avanzado en paralelo a como lo ha hecho la sociedad, no se ha adaptado a una realidad que es digital. Con la tecnología vamos a poder diversificar la atención y adaptarnos a las necesidades de cada paciente. Si antes era café para todos, ahora la COVID-19

nos ha quitado la venda de los ojos y nos vuelve a recordar esos grandes retos. El problema sería perder el rebufo de todo lo que ha destapado la pandemia, y tengo que reconocer que soy escéptico”.

La implantación de la telemedicina o de la telefarmacia supone en cualquier caso un reto. Además, los especialistas insisten en que no pueden convertirse en el estándar de atención. Antonio Rivero es muy explícito en este punto: “Es muy eficaz en pacientes crónicos. Por ejemplo, un paciente de VIH que está estable, que lleva muchos años tomando la misma medicación, que la tolera perfectamente, que mantiene su carga viral indetectable. . . Ahí sí. Pero no tiene sentido en pacientes a los que hay que ver por primera vez, cuando hace falta exploración física, un contacto directo. . . La telemedicina puede paliar sólo en parte el aumento de la demanda que estamos teniendo y que vamos a tener. Pero sería un grave error aplicarla a otras situaciones, a no ser que se trate de graves emergencias”. “Cuando pasó la fase crítica, sucedió que

los pacientes querían ir al hospital a ver a su médico. Desde luego, consolidar los canales digitales en sanidad es compatible con una atención más tradicional. Hay que definir cuál es el papel de la teleasistencia porque no tendría sentido que todo fuera a distancia. Esto ha llegado para quedarse, sí, pero el modelo tiene que ser mixto, en función de cada paciente, de cada momento”, suscribe Martínez-Sesmero.

Nos enfocamos en la tecnología porque así lo ha exigido esta crisis, pero la innovación pendiente en nuestro sistema sanitario no sólo pasa por la teleasistencia. Antonio Rivero, ex presidente de GeSIDA, sugiere dos líneas de trabajo muy importantes para el futuro. Una, un plan de contingencia ante emergencias como la que vivimos; otra, la colaboración interdepartamental. “El paso de virus de animales a humanos y su diseminación es hoy más frecuente que nunca, y lo va a ser más. Tenemos que estar preparados. Esta crisis es sólo un aviso de lo que va a venir. Todos los años hay muchos virus con potencial zoonótico. El reconocimiento precoz de patógenos con potencial zoonótico es clave. Pero tan importante como este plan de contingencia es el concepto ‘one health’. Debe calar hasta los huesos el sistema sanitario. No hay salud de alimentos, animal o humana: todo es lo mismo”.

«La pandemia ha sido un revulsivo, un recordatorio categórico sobre algo que venimos hablando desde hace mucho tiempo: se puede trabajar de otra manera»

JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ-SESMEIRO,
JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA
HOSPITALARIA DEL HOSPITAL CLÍNICO
SAN CARLOS DE MADRID



CUATRO PREGUNTAS SOBRE LA COVID-19 Y EL VIH

1 ¿HA HABIDO INTERRUPTIÓN DE TRATAMIENTOS?

Los dos facultativos coinciden en que la pandemia no ha puesto en peligro el suministro de tratamientos y que los pacientes VIH han dispuesto puntualmente de sus antirretrovirales, incluso en la fase más dura, la pasada primavera, gracias a la teleasistencia. En Madrid, destaca **Martínez-Sesmero**, “podimos llegar a todo nuestro ‘pool’, y no se registraron interrupciones de tratamiento, o muy pocas. Y esto ha sido posible porque, a pesar de las circunstancias, o quizá por ellas, estábamos mucho más pendientes y podíamos así corregir cosas muy rápido. Si hubiésemos seguido trabajando como antes, habríamos tenido menos posibilidades de detectar esas interrupciones. Hemos podido identificar problemas que antes pasaban desapercibidos”, En Córdoba, dado que la primera oleada fue más suave que en Madrid, ni siquiera se interrumpieron todas las consultas presenciales. Entre

un 15% y un 18% de las programadas, las más importantes, se mantuvieron, dice el jefe de sección de Enfermedades Infecciosas del Hospital Reina Sofía. “Las primeras estimaciones, que sólo son eso, estimaciones, indican que este año no hemos visto más pacientes con carga viral detectable que en años anteriores. Las cifras son similares a las de 2019”, subraya Rivero.

2 ¿VAN A AUMENTAR LOS DIAGNÓSTICOS TARDÍOS?

“Hay mucha gente con miedo a ir al hospital. Eso sólo se verá dentro de unos meses”, dice Rivero.

3 ¿QUÉ HAY DE LOS PACIENTES VIH MÁS VULNERABLES?

“El gap tecnológico es una realidad en determinadas poblaciones. La mejora en la atención a estos grupos no puede basarse en la telemedicina ni en la telefarmacia porque se van a seguir quedando al margen. Aquí hace falta una perspectiva más global y holística. Debe primar un trabajo productivo y preventivo, y nuestro sistema es aún reactivo. En esto, hay que

quitarse el sombrero con el trabajo de las asociaciones de pacientes, que han sido las que han mantenido el contacto con estos pacientes más difícilmente localizables. Su papel ha sido fundamental. Gracias a ellas, diría que la mayoría de ellos también ha podido tener garantizada su medicación”, afirma Martínez-Sesmero.

4 ¿SE VA A FLEXIBILIZAR EN EL FUTURO LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS?

“Es un mensaje que ya habíamos recibido hace tiempo. La pandemia nos ha hecho ver que quizá los cambios introducidos hasta la fecha no son suficientes. No puedo decir si vamos a poder dar antirretrovirales para más de dos meses, pero como farmacéutico digo que es factible: son todo ventajas. Es un win-win. Para el paciente, porque venir al hospital no le aporta nada. Y para el profesional, porque puede gestionar mejor su tiempo y aportar al paciente valor de verdad cuando lo necesita”, concluye Martínez-Sesmero.

Entrevista/ Ha publicado en 2020 ‘Coronavirus, ¿la última pandemia?’, un libro de divulgación científica que es superventas. José Alcamí asegura que las pandemias volverán y ve esta crisis como una oportunidad para aprender de los errores, trabajar en un país que invierta en ciencia y construir un sistema de salud sólido.

José Alcamí: “Hemos tenido una reacción de estrés, ahora debemos parar y reflexionar”

No es frecuente que un libro científico tenga tanto éxito. ¿Por qué cree que éste lo está teniendo? ¿Qué tipo de lector tiene éste que ha escrito con Eduardo López-Collado y que comentarios le llegan?

El libro lo escribimos cuando el virus aún estaba en China. Es un libro escrito desde dentro porque Eduardo desarrolla un proyecto inmunología del COVID-19 muy importante, y porque mi mujer y yo caímos enfermos en la primera fase... Así que está escrito desde el ojo de la tormenta. Me dicen los que lo han leído que se lee muy bien, que es ameno, lo cual es estupendo porque es un libro de divulgación científica y siempre corres el riesgo de no encontrar ese punto entre el libro serio y el comprensible. También me dicen mucho, incluso ahora, cuando ya lleva varios meses a la venta, que da una información muy valiosa y nos ayuda a entender lo esencial. El libro lo leen mucho los médicos, pero también los que tienen inquietud por aprender sobre esto. Me han llegado también mensajes sobre residencias de ancianos que lo han leído, cosa que me ha producido mucha emoción, de colegios universitarios... Es un esfuerzo más para intentar enseñar y que de toda esa gran marea de información, de esa infodemia o epidemia informativa logremos extraer lo que es un conocimiento más sólido.

P: ¿Se atreve a poner fecha al final de todo esto?

R: Creo que las primeras vacunas, aún pocas dosis, llegarán en diciembre. En el primer trimestre de 2021 un porcentaje de la población se empezará a vacunar y al verano llegaremos con un porcentaje considerable, por lo que estaremos más relajados, aunque aún no podremos quitarnos las mascarillas. Lo que más tardará en volver son



PERFIL

• **José Alcamí** (Valencia, 1957) es licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid y doctor en Medicina por la Universidad Complutense.

• **Desde hace más de 30 años** se dedica al estudio de la patogenia de la infección por el VIH. Hoy, es director de la Unidad de Inmunopatología del Sida del Instituto de Salud Carlos III y coordinador de la Red Española de Investigación en Sida (RIS). Además, lleva a cabo numerosas tareas de docencia y la gestión del Máster de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Alcalá. También, colabora con distintos organismos nacionales, extranjeros e internacionales –en calidad de experto– como revisor de artículos científicos para varias revistas. Pertenece al consejo editorial del ‘Journal of Virology’.

• **Durante la pandemia**, se ha convertido en el coordinador del Grupo de Análisis Científico sobre Coronavirus del ISCIII, encargado de redactar informes científicos y técnicos sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo del virus y de la enfermedad. En 2020 ha publicado el libro ‘Coronavirus, ¿la última pandemia?’, junto a Eduardo López-Collado, en el que se repasa el origen y las consecuencias de las pandemias más importantes y se profundiza en la actual derivada de la COVID-19, ofreciendo información científica de manera divulgativa apta para todos los públicos.



LEA EL REPORTAJE
EN EL QUE APARECE
JOSÉ ALCAMÍ:
PÁGINAS 62-67



los viajes tal y como los hemos conocido hasta ahora, al menos hasta que no esté vacunado todo el mundo o, al menos, una gran parte. Y los actos de masas: no imagino campos de fútbol llenos ni congresos el año que viene.

P: Usted es profesor de un máster en enfermedades infecciosas. Tristemente, parece una profesión con futuro.

R: A mis estudiantes siempre les digo que vivimos en un mundo peligroso. Y no sólo porque nos pueda atropellar un coche sino porque estamos amenazados por un mundo microscópico, aparentemente invisible. Desde el punto de vista teórico, pensábamos que una pandemia iba a suceder, aunque es verdad que muchos pensábamos en la gripe. El coronavirus nos alertó con una primera epidemia en 2003, con el SARS y el MERS en 2012 y 2013. ... Parece que, a la tercera va la vencida. Unos colegas que trabajan en coronavirus nos lo venían advirtiendo desde hace años. Nos decían que estaban pasando cosas en la fauna que lleva coronavirus, en los murciélagos, en los roedores, que era posible el salto y que era probable que ocurriera.

P: ¿Cómo nos podemos preparar? ¿Cree que lo estaremos? ¿Qué debemos extraer de todo esto?

R: Lo primero que debemos pensar es que esta pandemia nos ha permitido ver nuestras debilidades como sociedad. No se trata de culpabilizar a unos o a otros. No estábamos preparados. Quizás lo que debemos aprender es en qué no estábamos preparados. Para empezar, en un sistema sanitario que no ha podido contener este aluvión de casos: no teníamos el mejor sistema sanitario del mundo como se nos repetía. Además, nos ha pillado desde el punto de vista biotecnológico y científico poco preparados: no teníamos las estructuras ni las empresas de biotecnología capaces de fabricar epis y respiradores, o de desarrollar vacunas. Ha fracasado toda la estrategia de salud pública a nivel global, desde la OMS hasta el comité de alertas de nuestro país. **Necesitamos una generación de investigadores en salud pública que no vengan sólo de las rutas clásicas, sino también de la virología, de la biología molecular, de la evolución, veterinarios, expertos en virus animales...** Ese núcleo de conocimiento nos puede ayudar a enfrentar la próxima pandemia que, créame, la viviremos.



«Que en este país se haya quitado la financiación a laboratorios que trabajaban en coronavirus es como cerrar el Museo del Prado»

«Si ahora tenemos una vacuna que protege al 60% de los ancianos de la muerte y esa protección dura un año, lo firmamos todos. Nos ahorraríamos miles y miles de muertos»

© FOTOGRAFÍAS / LUCÍA ANTEBI



P: ¿Y la sociedad? Ahora que uno de los objetivos del Instituto de Salud de Carlos III es la revisión de la actualidad de la pandemia para evitar la difusión de bulos que desinforman a la ciudadanía... ¿a qué nivel hemos estado?

R: Fue una tarea que nos encargó nuestra directora. Hay que decir que se han publicado en este tiempo miles y miles de trabajos, que el esfuerzo ha sido enorme. Lo que nos hemos encontrado, además de mucha publicación basura, es, paradójicamente, tal cantidad de datos que la gente no sabe con qué quedarse. Hay una mayoría social que escucha, que comprende en la medida de sus posibilidades. Son muchos más de lo que nosotros pensamos. Pero hay una minoría que hace mucho ruido. Cuando leo que el 60% de la población cree que el virus ha sido hecho en un laboratorio, o cuando leo que el 40% de la población no se va a poner una vacuna cuando exista, me preocupa muchísimo porque eso quiere decir que la información no llega, que no estamos sabiendo transmitirla con el peso y el rigor que tiene.

P: Es un asunto complejo porque la gente duda y se puede preguntar: ¿por qué, entonces, tenemos esta vacuna tan rápida y otras, como por ejemplo la del VIH, no la tenemos?

R: En este caso porque la diferencia a nivel biológico es inmensa. El VIH es un virus con una capacidad de mutación y unos mecanismos de escape al sistema inmunológico mucho más potentes que el coronavirus. El coronavirus es un virus relativamente estable, que varía muy poco, muy diferente incluso a la gripe, en este sentido. Pero, además, es muy buen candidato para tener una vacuna rápida. Además, hay una tecnología nueva en vacunas, que ha surgido en los últimos cinco años, para atacar otras enfermedades. Todos nos acordamos del zika, del ébola... Se han conseguido vacunas para ellas en tiempos mucho más breves. Han tardado tres o cuatro años, pero ya estamos en otro nivel diferente a los diez años que tardábamos antes en hacer una vacuna.

P: No hay que dudar de su seguridad, entonces.

R: Acepto que no sea una vacuna de larga

duración o que no sea muy efectiva, pero es que, señores, estamos en una situación de emergencia. Si ahora tenemos una vacuna que protege al 60% de los ancianos de la muerte y esa protección dura un año, lo firmamos todos. Nos ahorraríamos miles y miles de muertos. Es cierto que la seguridad de una vacuna se ve cuando se ha vacunado a millones de personas, pero es que ninguna vacuna espera a eso. Las vacunas se comercializan con una fase 3, que pueden ser entre 30.000 y 100.000 personas vacunadas en las que no se ven efectos secundarios importantes.

P: Ahora más que nunca, los científicos tienen el futuro del mundo en sus manos. De ellos depende que volvamos a nuestra vida normal y que deje de morir tanta gente. ¿Lo sabemos valorar?

R: Yo diría que sí, y lo notamos en varias cosas. Una es que nunca se nos ha requerido tanto en los medios para que habláramos. Eso es algo que también hemos tenido que ir aprendiendo. A nivel político, tengo un pensamiento un poco ambiguo porque se nos ha sacado siempre en el contexto de “de acuerdo a los

técnicos”, “según la opinión de los científicos”. . . Es decir, cuando había que tomar decisiones difíciles era porque nosotros dábamos argumentos para tomarlas. Pero cuando hubo que hacer la desescalada y salir a consumir, ahí ya nadie habló de los consejos de los científicos. Por tanto, mi sensación es agri dulce. Lo único que nos puede salvar de todo esto es pelear por la ciencia, pelear por la investigación, por tener un sistema sanitario robusto. Que en este país se haya quitado la financiación a laboratorios que trabajaban en coronavirus o que hayan desaparecido laboratorios excelentes que trabajaban en gripe es como cerrar el Museo del Prado. No puede ser, no podemos perder el patrimonio de la ciencia. Es algo que no pasa en otros países. Esto no pasa en Alemania, en Estados Unidos... Tenemos ahora un presupuesto un 50% inferior al de 2009.

R: ¿Está satisfecha la comunidad científica de su trabajo o siempre molesta el hueco de la autocrítica?

R: Tuvimos una reacción solidaria en la que todos dejamos lo nuestro para centrarnos en el coronavirus, pero creo que ahora debemos reposar. No tiene sentido que haya más de 200 prototipos de vacunas en estudio cuando es muy improbable que ninguno llegue a comercializarse. Hemos tenido una reacción de estrés y ahora debemos parar y reflexionar. Como decía antes: hay otras muchas enfermedades que siguen ahí.

P: ¿Qué cosas aprendimos con el VIH que ahora podemos utilizar con la COVID-19?

R: Todo lo que ha aprendido la ciencia, sobre todo en el fracaso del desarrollo de una vacuna, porque todos los ensayos-error que hemos pasado con VIH ahora nos sirven para otros virus. El ébola, el zika y ahora éste. Además, y esto ya es más personal, todas las epidemias nos revelan ciertas poblaciones invisibles, grupos sociales que no conocíamos. El VIH sacó a la luz a la comunidad gay, a la LGTBI, a la gente que tenía una sexualidad “distinta a la norma”, las mujeres africanas, que han

sido las más castigadas... El coronavirus ha puesto sobre la mesa a la de los ancianos, también invisibles hasta ahora. No estamos cuidando correctamente a las personas mayores en nuestras sociedades.

P: ¿Y qué vamos a poder utilizar de este camino que aún nos queda contra la COVID-19 para el VIH?

R: Pues no lo sé, esa pregunta no me la había planteado. Quizás aprendamos a comunicar mejor o quizás fortalezca nuestra responsabilidad social.

P: ¿Cómo va a afectar la pandemia a los objetivos VIH, por ejemplo respecto a niveles de incidencia o retraso de diagnósticos?

R: Me temo que es más probable el segundo escenario: va a haber un diagnóstico más tardío. Pacientes que prefieran no ir, que las consultas estén colapsadas... Pero aún no tenemos recorrido suficiente para saber qué está pasando en ambos sentidos. Se ha producido un auténtico parón a nivel científico y a nivel médico. Es bueno que los científicos nos hayamos involucrado en la investigación de la COVID-19, pero cuando esto pase, que va a pasar, dentro de uno o dos años, el cáncer seguirá ahí, el sida seguirá ahí, las enfermedades raras y las cardiovasculares seguirán ahí... No podemos olvidar el foco.

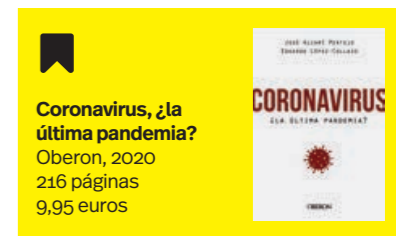
P: Retomemos la situación de las investigaciones del VIH. ¿En qué momento se quedaron?

R: En el laboratorio hay bastante proyectos detenidos este año. Uno muy importante es el desarrollo de una vacuna de VIH. Tenemos ya un prototipo de vacuna preventiva que ha dado muy buenos resultados de inmunogenicidad en animales. Estábamos en la fase de iniciar todos los trámites para iniciar un ensayo clínico en humanos. Además, estamos muy enfocados en genética comparada a nivel de biología de sistema, supresión de genes entre pacientes con infección VIH, los progresores típicos, que tienen una evolución, digamos, más común de la enfermedad, y un grupo más pequeño de pacientes que son capaces de controlar el virus sin tratamiento antirre-

troviral: los controladores. Este grupo ha sido muy estudiado. Tenemos una cohorte de la red de investigación en sida que es muy potente y estábamos buscando marcadores genéticos que nos permitan saber si un paciente es progresor o controlador. Afortunadamente, la parte experimental de estos trabajos la teníamos terminada; por tanto, durante el confinamiento pudimos hacer el análisis informático. También estamos iniciando algunos proyectos que teníamos en perspectiva, como por ejemplo uno muy interesante sobre envejecimiento en VIH que hacemos en colaboración con grupos de Barcelona y con el Hospital Clínic.

P: No me ha hablado del estudio del defecto genético en el gen de la proteína transportina 3 que protege frente a la infección por el VIH.

R: La publicación de transportina 3 ha sido el momento más fascinante en treinta años de carrera investigadora. Hemos encontrado que hay una enfermedad rara, muscular, que afecta a los pacientes. Estos van perdiendo la fuerza muscular, sobre todo en caderas, cintura y hombros, y eso es debido a un defecto genético: el de la proteína transportina 3. Esta proteína es la que el virus del sida utiliza para moverse dentro de la persona, es su autobús molecular. Este defecto en transportina 3 hace a sus células resistentes a la infección por VIH. Es un hallazgo muy interesante porque, por una parte, es el segundo defecto descrito que protege frente a la infección por VIH y, por otro, es un muy buen ejemplo de cómo en ciencia no hay fronteras cerradas, no podemos separar el cáncer del sida o de las enfermedades raras del envejecimiento. Son temas en los que bebemos de varias fuentes.



Una encuesta realizada en junio por el Grupo de Estudio del Sida (GeSIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) confirma que la teleconsulta ha llegado para quedarse. Pero, también, que ha sido una atención de circunstancias. Si sus ventajas están claras (comodidad, rapidez, menor probabilidad de contagio por COVID), también lo están sus inconvenientes. Y algunos muy importantes, al menos durante la fase más dura del confinamiento: la difícil localización de pacientes, el hecho de no poder realizar exploraciones físicas, el idioma en la comunicación con extranjeros, la ausencia de protocolos o los cambios de tratamiento. **«Hemos hecho una teleconsulta de urgencia, con lo que sabíamos y con lo que podíamos. Si se tuviera que programar teleconsulta de manera habitual para el futuro, seguramente no se haría así»**, reconoce **Esteban Martínez**, presidente de GeSIDA desde 2019.

Las respuestas de los socios de GeSIDA (ver resumen adjunto) dan fe de que algunas cosas han tenido que ser improvisadas. Ha habido carencias graves. Por ese motivo, al principio del verano, el grupo decidió elaborar un documento de consenso sobre teleconsulta para personas que viven con VIH. Seguía a un primer documento muy básico y a un webinar donde se amplió la información inicialmente disponible. Después de unas semanas de incertidumbre, en las que incluso se llegó a decir que los pacientes con VIH corrían más riesgo de contraer la COVID, los expertos de GeSIDA consideraban que era urgente recoger la experiencia de los meses anteriores y sistematizarla para mejorar su atención a distancia. El resultado es “un documento de mínimos y realista”, según Martínez. “Ni es sofisticado, ni viene a crear la telemedicina del siglo XXI. Tan sólo quiere sentar unas primeras bases para futuros documentos que puedan venir. No es sencillo, porque todo lo que tiene que aprenderse cuesta

GeSIDA ha editado un documento de consenso que incluye requisitos generales, recursos tecnológicos y de infraestructura, y aspectos legales que deben tenerse en cuenta en la atención a personas que viven con VIH. También describe los perfiles de pacientes más idóneos, detalla cómo debe ser su atención a distancia —programada o no— y da recomendaciones a todos los profesionales implicados.

Pautas para la teleconsulta con pacientes VIH



Requisitos básicos para la teleconsulta

1/ Informar al paciente, que debe aceptar de manera explícita la TC.

2/ Antes de la consulta...

- Preparar el dispositivo y confirmar la conexión.
- Estar en un lugar tranquilo y apto para la TC.
- Lista de molestias y preguntas.
- Tener a mano el nombre y las condiciones del tratamiento actual.
- Confirmar los datos de contacto.

3/ Asegurar la privacidad y la confidencialidad del contacto

4/ Elaborar el informe y registrarlo en la historia clínica

5/ Educar en la prevención e identificar casos de COVID sospechosos.

- Entregar información clara, ofrecer apoyo emocional y derivar oportunamente al paciente a otros servicios.

y porque hay cuestiones delicadas, pero es razonable. El sistema está preparado para poder prestar una telemedicina así”, añade.

Dice el presidente de GeSIDA que los temores del principio y las recomendaciones sanitarias hicieron que la población VIH extremara sus precauciones. Y que,

incluso, el hecho de vivir encerrados ha podido jugar en su favor en lo que se refiere al estigma. “El miedo a una situación inesperada o sentirse población de riesgo han ayudado a que la incidencia COVID en ella sea menor que en población general, y estos datos son medibles. Yo tengo pacientes que me han reconocido que se han encontrado bien, más tranquilos, porque han evitado comentarios negativos, animadversión...”, asegura. Sobre las informaciones que apuntaron también al principio a que los tratamientos antirretrovirales podían incidir en esta menor prevalencia, Martínez es muy cauto: “Hay pacientes que me dicen: algo bueno teníamos que sacar de esto, a lo mejor va y la medicación nos protege. Incluso un estudio de **Julia del Amo**, responsable Plan Nacional contra el Sida, sugiere que pudiera haber alguna relación. Pero yo creo que no tenemos datos para asegurarlo”. Esteban Martínez, que es también consultor del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Instituto Clínic de Medicina y Dermatología (ICMID), del Hospital Clínic de Barcelona, y miembro del equipo de investigación Enfermedades Infecciosas y Sida del IDIBAPS, teme sin

«Es un documento de mínimos y realista. Razonable. Quiere sentar unas primeras bases para futuros documentos que puedan venir»

ESTEBAN MARTÍNEZ,
PRESIDENTE DE GeSIDA



embargo que el impacto de la pandemia haga aflorar a partir de ahora nuevos diagnósticos, diagnósticos tardíos o un aumento de otras enfermedades de transmisión sexual.

Sobre el documento, la mayor dificultad a la hora de aplicar sus recomendaciones radica en la integración de servicios. “La consulta clínica tiene que estar perfectamente integrada con las pruebas de laboratorio, con la dispensación de la medicación y con todas las otras áreas del sistema. A lo mejor la analítica te la pueden hacer en el CAP, pero tú después debes poder conectarte con esa analítica. Lo mismo la farmacia: si ves a un paciente y le cambias de medicación, ese cambio le tiene que llegar al farmacéutico y tiene que poder saber por qué se cambia el tratamiento. Todo esto exige un planteamiento previo, la protocolización del circuito y un esfuerzo grande de coordinación. Y ahí pueden surgir problemas. En realidad, esto no es sólo para la telemedicina, también con la medicina presencial convencional deberíamos avanzar hacia una mayor integración”, explica el presidente de GeSIDA.

Sin olvidar los aspectos legales. Algunas cuestiones están bien reguladas, pero sobre otras no hay nada porque nunca se habían planteado antes. Esteban Martínez lo explica muy gráficamente: “En un recinto cerrado y con consulta presencial tú controlas con quién hablas, hay privacidad y

tranquilidad. ¿Pero aquí? Imagina que el paciente emplea un ordenador que no es suyo. ¿Puede estar seguro de que la consulta no va a quedar grabada de alguna manera? ¿De que el acceso mediante contraseña no va a dejar algún rastro? ¿Y cómo identifico al paciente? ¿Cómo sé que es él y no un familiar al que, con toda la buena voluntad del mundo, el paciente le dice que asista en su lugar a la consulta? Tampoco yo puedo identificarme como médico al llamar porque quizá quien ha respondido a la llamada no es el paciente sino otra persona, y ésta no tiene por qué sa-

berlo. Por no hablar de hackers y del robo de datos en un hospital. Puede aparecer un nuevo tipo de ciberladrones que traten de comerciar con esta información confidencial”.

En GeSIDA son conscientes de que la teleconsulta ha podido ser durante los meses duros de pandemia la única opción para obtener asistencia sanitaria, y se congratulan por ello, pero subrayan que, después, las cosas van a tener que cambiar. **«Como dice el refrán, hay que hacer de la necesidad virtud. Se ha visto el papel esencial que las nuevas tecnologías pueden tener para mantener un vínculo cuando la visita presencial no se puede realizar. A muchos pacientes ese vínculo les ha resultado muy positivo. Que su médico habitual les contactara les ha dado tranquilidad, les ha permitido tener una cara familiar en medio de la pandemia.** Sin embargo, ahora, cuando les comentas aquello, a toro pasado, cuando vienen a la consulta normal... poca gente quiere hacer teleconsulta si puede elegir. Hay un pequeño grupo de pacientes VIH que no quiere venir al hospital, que no quiere exponerse, o que tiene una vida laboral ajetreada. Estos pacientes

RESULTADOS DE LA ENCUESTA JUNIO DE 2020

● GeSIDA envió en junio de 2020 una encuesta a sus 639 socios. Respondieron 100 socios (15,6%) de 63 hospitales. Estas son las principales cifras recogidas.

97%

El 100% de los encuestados realizó teleconsulta en los tres meses anteriores. El 42% practicaba TC antes de la pandemia y el 97% la ha seguido haciendo tras la desescalada.

57%

La llamada telefónica se empleó en más de la mitad de las teleconsultas, mientras que el correo electrónico supuso un 28% y las videollamadas un 11%.

15%

Sólo en una de cada cuatro teleconsultas se siguió un protocolo.

36%

Casi uno de cada cuatro profesionales utilizó un sistema de estratificación para seleccionar pacientes para consulta.

84%

Porcentaje de profesionales que empleó algún sistema para garantizar la identificación de pacientes.

valoran muy bien la teleconsulta. Pero **el grueso de la población VIH valora mucho el hecho de poder venir al hospital y ver al médico o a su enfermera**”.

Por tanto, ni para todos ni en todo momento. Pero lo cierto es que teleconsulta va a permitir que procesos rutinarios se optimicen. “Si pudiéramos especular con qué va a quedar de todo esto en el futuro, yo diría que un sistema mixto que conjugue la visita convencional con la posibilidad individualizada de tener consultas telemáticas si el paciente lo valora y lo puede hacer por su situación clínica”, concluye Martínez.



PUEDA ENCONTRAR MÁS INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE TEMA EN LAS PÁGINAS 60-61



Qué pacientes VIH pueden ser atendidos por teleconsulta

Requisitos básicos

- Estar en seguimiento regular y estable
- Tener una situación clínica que permita una evaluación adecuada con entrevista, sin necesidad de observación visual ni exploración física
- Haber podido realizarse exploraciones complementarias y analíticas indicadas

Perfiles más idóneos: (herramienta de estratificación de GeSIDA)

PERFIL AZUL

Paciente con infección controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente estable, con buen soporte social y familiar, con más de seis meses de tratamiento antirretroviral, sin deterioro cognitivo ni funcional.

PERFIL AMARILLO

Paciente con comorbilidades y/o deterioro cognitivo y/o deterioro funcional, no embarazada, con apoyo social, no consumidor de drogas, sin conductas sexuales de riesgo y con más de un año de tratamiento antirretroviral.

PERFIL LILA

Paciente con conductas sexuales de riesgo, no embarazada, con apoyo social, no consumidor de drogas marginales, sin comorbilidades ni deterioro cognitivo y/o funcional, y con más de un año de tratamiento antirretroviral.

Cómo España puede aún conseguir el 95-95-95 en 2030

“Los objetivos de ONUSIDA para 2030 están en riesgo, seguro. Y, sobre todo, el primer 90, que es el más difícil de los tres”. Cauteloso como es habitualmente, **Esteban Martínez** no deja aquí resquicio a la duda. “El testeo, los sistemas de prevención... Todo se lo llevó por delante la urgencia del coronavirus. Es verdad que, al menos teóricamente, ha podido haber menos riesgo de contraer el VIH. Pero esto está sin medirse, no hay perspectiva suficiente, no lo podemos saber aún”, añade. El presidente de GeSIDA subraya, sin embargo, que en los otros dos 90 el impacto ha sido menor, y menor aún en el tercero: “Todos los profesionales hemos intentado durante estos meses mantener al menos un mínimo que asegurara el tratamiento de las personas con VIH que ya lo venían siguiendo. En general, diría que lo hemos conseguido”.

Con todo, **hay margen de mejora**. Si se ponen en marcha o refuerzan 19 intervenciones concretas de ahora a 2030, España conseguiría pasar del 87% al 100% en el porcentaje de personas diagnosticadas

(primer 90); del 97,3% al 98% en el porcentaje de personas diagnosticadas en tratamiento (segundo 90); y del 90,4% al 95,6% en el de personas en tratamiento con carga viral indetectable (tercer 90). Es decir, cumpliría y superaría los objetivos de ONUSIDA. Ésta es la principal conclusión del estudio **‘Achieving 2030 UNAIDS goals in human immunodeficiency virus individuals: a simulation model to prioritize interventions for decision making’**, realizado por un equipo de expertos españoles, que ha sido presentado en la conferencia ISPOR Europe 2020. ISPOR 2020 se desarrolló virtualmente entre el 16 y el 19 de noviembre pasados con el título genérico **‘Improving Health: Establishing Incentives and Sharing Value’**.

El objetivo del estudio es medir el impacto de una serie de medidas dirigidas a la población VIH española con el objetivo de alcanzar el triple objetivo 95-95-95, ahora en entredicho. Esteban Martínez forma parte de ese equipo que se ha movido en el terreno de las proyecciones a partir de la literatura existente. “Es un ejercicio teórico. Si hubiesen sido otros los expertos

participantes, las conclusiones seguramente habrían sido también otras. Hay que advertir igualmente que los condicionantes y las medidas encontradas en la literatura no tienen por qué ser válidos en todo lugar y momento. En cualquier caso, queríamos apuntar algunas oportunidades a partir de las lagunas detectadas en los tres primeros 90: en qué medida esas lagunas puede solventarse con actitudes o acciones concretas que conduzcan al triple 95”, aclara.

Revisión a fondo de la literatura disponible, selección consensuada de intervenciones y proyección de su impacto en nuestro país en distintos escenarios durante el periodo 2020 a 2030. Para sus simulaciones, los autores han tenido en cuenta distintas variables actuales del contexto español: incidencia del VIH, tasa de prevalencia, número de personas que viven con VIH, muertes relacionadas con el VIH, introducción de la PrEP en 2019... Adjudican acciones tanto a población general como a grupos concretos (heterosexuales, hombre que tienen sexo con hombres, migrantes, trabajadores y trabajadoras del sexo, comunidad trans y usuarios de drogas inyectables). Y traducen finalmente su eficacia en un incremento porcentual de la población con VIH que está diagnosticada, en tratamiento o con carga viral suprimida (ver tabla adjunta).

España cumpliría los objetivos de ONUSIDA para 2030 si implementara las acciones que contempla el estudio español ‘Achieving 2030 UNAIDS goals in human immunodeficiency virus individuals: a simulation model to prioritize interventions for decision making’.



ESPAÑA: IMPACTO DE ALGUNAS INTERVENCIONES EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE ONUSIDA

↓ INTERVENCIONES	↓ POBLACIÓN	↓ EFECTIVIDAD
DIAGNÓSTICO (PRIMER 90)		
Extensión de los test rápidos	Toda	+16%
Alertas electrónicas	Toda	+236%
Index testing	Toda	+12,3%
Uso de PrEP	Toda	+0,28%
Campañas de publicidad	Toda	+27%
Programas de formación	Toda	+30,5%
Campañas de publicidad en redes sociales de contactos	HSH	+50%
Programas ‘peer’	HSH	+100%
	Inmigrantes	+8,3%
	Transexuales	+209%
↓		
TRATAMIENTO (SEGUNDO 90)		
Mejorar los circuitos de referencia desde los centros comunitarios a hospitales y desarrollo de instrumentos de coordinación	Toda	+16%
Comunicación e integración entre profesionales sanitarios	Toda	+22%
Programas ‘PARES’	H Transexuales	+18%
↓		
SUPRESIÓN VIRAL (TERCER 90)		
Informar a los pacientes de que indetectable=intransmisible	Toda	+46%
Prescripción de un TAR efectivo	Toda	+10,5%
Evaluar efectividad, tolerancia y posibles interacciones (drogas, otras medicinas) en cada visita	Toda	+15%
Cuidado multidisciplinar	Toda	+78%
mHealth	Toda	+29%
Programas ‘PARES’	Toda	+46%
	Inmigrantes	+40%
	Transexuales	+40%
Abstinencia	Personas que que se inyectan drogas	+42%
Implementar programas TAR directamente supervisados	Personas que que se inyectan drogas	+24%

GeSIDA-SEIMC.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/2020/09/TELECONSULTA_GUIA_GeSIDA.PDF
 COLL P, JARRÍN I, MARTÍNEZ E, MARTÍNEZ-SESmero JM, DOMÍNGUEZ-HERNÁNDEZ R, CASADO MA. ‘ACHIEVING 2030 UNAIDS GOALS IN HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INDIVIDUALS: A SIMULATION MODEL TO PRIORITIZE INTERVENTIONS FOR DECISION MAKING’. PRESENTADO EN LA CONFERENCIA ISPOR EUROPE 2020. NOVIEMBRE DE 2020.



B Diagnóstico y seguimiento: pacientes 'naïve'

Incluso en los peores momentos de la pandemia los nuevos pacientes han sido atendidos de manera presencial y con carácter de urgencia. Los expertos reconocen que han tenido dificultades para acceder a la Atención Primaria, pero destacan que el número de casos no ha experimentado grandes cambios.

Pacientes 'naïve', máxima prioridad

Los pacientes 'naïve', o nuevos pacientes, son un indicador clave en la evolución de la epidemia de VIH en un país. ¿Cómo es este paciente 'naïve'? Según las últimas cifras disponibles, en España se notificaron 3.244 nuevos diagnósticos en 2018. El 85,3% de ellos, hombres con una edad media de 36 años. El 47,6% presentaba diagnóstico tardío. Un estudio entre 473 pacientes presentado por facultativos del Hospital La Fe de Valencia en el XI Congreso Nacional de GeSIDA, celebrado en Toledo del 10 al 13 de diciembre de 2019, concluye que el perfil del paciente 'naïve' VIH en nuestro país responde a las siguientes características: hombre, homosexual o bisexual (54,9%), de nacionalidad española, con una media de edad de 37,5 años y un estadio A1 (43,6%). Entre los pacientes no españoles, sin embargo, es más frecuente la transmisión heterosexual (58,5%), la prevalencia de diagnóstico tardío es mayor y se aprecia un menor nivel de estudios (ver gráficos adjuntos).

Diagnosticar lo antes posible estos casos e iniciar también lo antes posible el tratamiento antirretroviral son los desafíos más importantes que afronta cualquier equipo de enfermedades infecciosas. Con la crisis del coronavirus, los profesionales han tenido que asumir que los pacientes no podían acceder a los

servicios de Atención Primaria, o que si lo hacían era con muchas dificultades. Lo que ha podido provocar retrasos tanto en los diagnósticos como en el arranque de los tratamientos. **“La mayor dificultad durante la pandemia ha venido por la Atención Primaria. Por eso, en el momento actual, es muy importante reforzar esa asistencia y habilitar canales para que las patologías no COVID puedan ser atendidas sin demora y con la calidad y el tiempo que se merecen”**, asegura Miguel Górgolas, jefe de la división de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, de Madrid.

En cualquier caso, ni en lo peor del confinamiento, la pasada primavera, los nuevos pacientes de VIH fueron 'abandonados'. La novedad y las ventajas de la telemedicina, que tienen sentido en

pacientes crónicos y estables, no aplicaban tanto en su caso. No en un primer momento. Explica Górgolas: “A día de hoy, los 'naïve' son atendidos de forma presencial y con carácter de urgencia en nuestra unidad. Este aspecto sigue siendo una prioridad. De hecho, hemos establecido un circuito de atención urgente, de tal manera que cada vez que se detecta un positivo se activa un protocolo de solicitud de pruebas y primeras consultas para intentar acortar al máximo el tiempo desde el diagnóstico al inicio del tratamiento. Nuestro objetivo es que la demora en el inicio del tratamiento sea menor a 72 horas, es decir, hablamos de un tratamiento inmediato”. “Este circuito lo hemos mantenido incluso en los momentos más duros de la pandemia, creando circuitos seguros para los pacientes y desarrollando herramientas para que su atención no se viera afectada”, apostilla Alfonso Cabello, jefe de la sección de ETS y responsable de la Unidad de Ensayos Clínicos del mismo centro.

Con todo, la atención telemática representa un avance muy útil para el paciente con VIH, también para el 'naïve'. Puede contribuir a un mejor seguimiento, a una mayor adherencia y, en definitiva, a una mejor calidad de vida. Para Cabello, “con las nuevas tecnologías podemos desde un primer momento mostrarle al paciente cuál va a ser su seguimiento, en qué momentos va a ser o no presencial, y

3.244

Nuevos diagnósticos –pacientes naïve– diagnosticados en España en 2018.

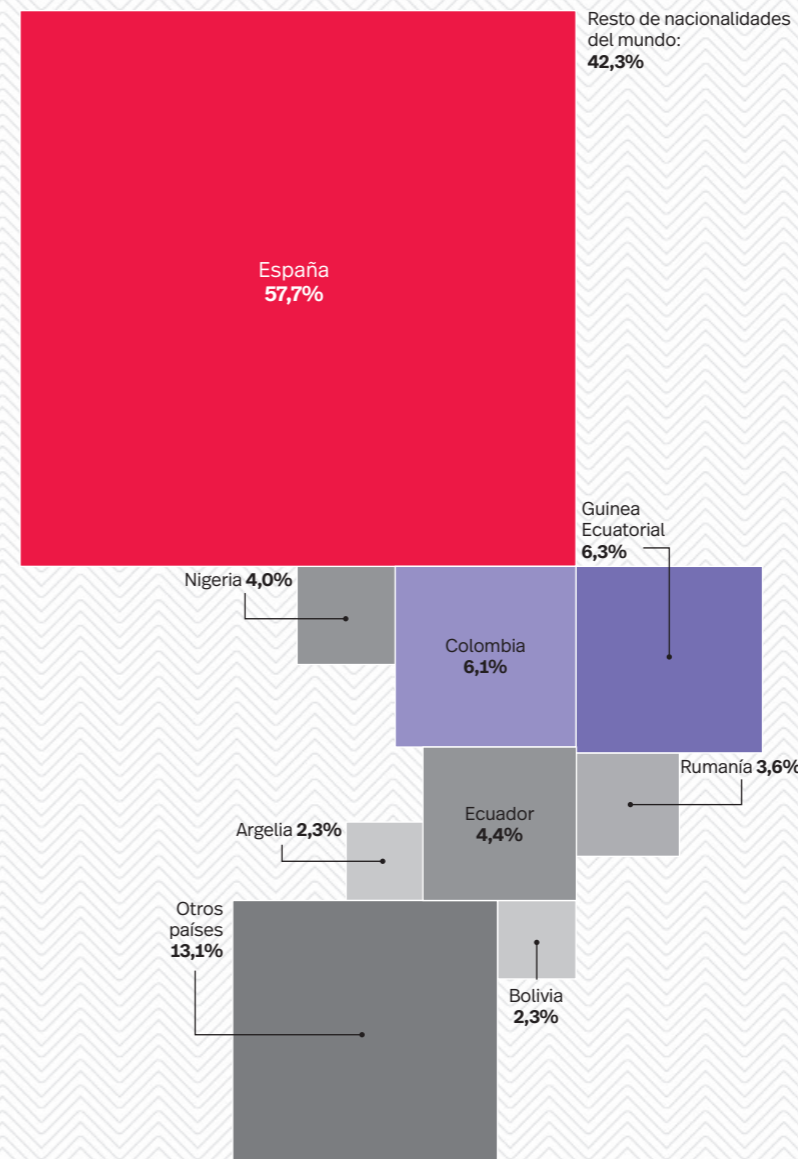
PERFIL DEL PACIENTE VIH 'NAÏVE' EN ESPAÑA 2009/2019

Según un equipo del Hospital La Fe, de Valencia, los pacientes VIH 'naïve' originarios de otros países presentan un perfil epidemiológico y clínico diferente a la población autóctona que es necesario conocer para planificar estrategias de mejora del diagnóstico, la prevención y del

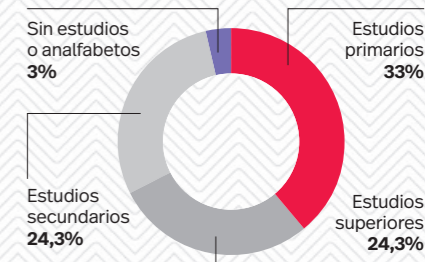
tratamiento. Su estudio con 473 pacientes fue presentado en el XI Congreso de GeSIDA, en diciembre pasado. En él se describen las características tanto demográficas como clínicas de los pacientes atendidos en hospital terciario con nuevo diagnóstico de infección por VIH entre

2009 y 2019. La principal conclusión es que mientras los españoles VIH 'naïve' son mayoritariamente hombres y homosexuales o bisexuales, en el caso de los no españoles la transmisión más frecuente es heterosexual (casi un 60% de los casos) y su nivel de estudios es más bajo.

Nacionalidad de los pacientes



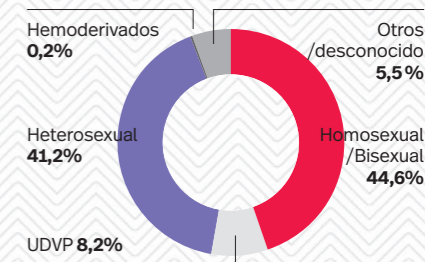
Nivel de estudios de los pacientes



Estadio CDC al diagnóstico



Grupos de Riesgo



B Diagnóstico y seguimiento: pacientes 'naïve'

qué herramientas va a disponer para la información, el contacto o la necesidad de un cambio". **"Hay que tener en cuenta que la mayor parte de la población VIH es tecnológicamente muy competente y utiliza a diario las aplicaciones móviles. Nuestro hospital dispone de una app con la que médico y paciente interactúan de forma virtual, sin horarios fijos, a conveniencia de cada uno. Este sistema es eficaz tanto para pacientes nuevos como para los veteranos. Las visitas presenciales son necesarias, pero se van a poder espaciar más, de forma anual o incluso más. La seguridad de los nuevos fármacos permiten espaciar los controles, por lo que el suministro de fármacos debería hacerse para varios meses"**, aventura Górgolas.

Górgolas y Cabello coinciden en señalar que este año no parecen estar registrándose más infecciones que en años anteriores. Aunque tampoco menos en términos globales, como tal vez pudiera pensarse. "En nuestra unidad no estamos viendo cambios significativos con respecto a lo que veíamos antes de la pandemia. Si acaso menos pacientes procedentes de otros países, principalmente de Suramérica, porque los flujos migratorios han disminuido", afirma el primero. "Desgraciadamente, y tras los meses más difíciles, hemos recuperado las tasas habituales (de contagio)", subraya el segundo. Los dos lamentan que la PrEP, que entró en vigor en España a finales del año pasado, aún no se haya extendido del todo e, incluso, que se haya podido frenar debido a la emergencia sanitaria. "Ayudaría sobremanera a observar una disminución significativa", asegura Miguel Górgolas.

A diferencia de los 'naïve', los pacientes más veteranos, con una larga trayectoria con la enfermedad, están padeciendo anímicamente más la COVID-19. "Nuestra impresión es que sí", dice Górgolas. Y lo razona: "Por dos motivos. De un lado, el miedo a adquirir la infección les ha llevado a relacionarse menos y, en cierta medida, a un mayor aislamiento social y personal, algo muy importante para

su bienestar. De otro, los meses de confinamiento domiciliario han supuesto un desgaste físico y moral de gran magnitud". Añade Cabello: "Sienten un mayor riesgo por el mero hecho de vivir con VIH. Los datos publicados no confirman ese riesgo, por eso es clave mantener la atención y dar información a este co-

lectivo. El aspecto psicológico y la salud mental son en estas personas más importantes si cabe". Para este grupo, concluye el jefe de la división de Infecciosas de la Fundación Jiménez Díaz, la visita personal es sin duda algo esencial, "mucho más que lo que ofrecen las nuevas herramientas tecnológicas".



«Los pacientes 'naïve' han sido y son atendidos de forma presencial y con carácter de urgencia en nuestra unidad. Son una prioridad»

MIGUEL GÓRGOLAS, JEFE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, MADRID



«Desgraciadamente, y tras los meses más duros de la pandemia, hemos recuperado las tasas habituales de contagio»

ALFONSO CABELLO, JEFE DE LA SECCIÓN DE ETS Y RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, MADRID

B Mejora en la adherencia

Los tratamientos antirretrovirales más modernos han incrementado su capacidad de 'forgiveness', o 'dosis de perdón', si bien los expertos siguen subrayando la importancia de la tolerancia, el número de comprimidos y la facilidad de toma.

ROBUSTEZ PARA MINIMIZAR OLVIDOS Y RESISTENCIAS

En el año de la pandemia, José Luis Blanco se muestra moderadamente optimista por lo que se refiere a los objetivos marcados por ONUSIDA para 2030: "Si somos capaces de retomar el trabajo que veníamos haciendo, especialmente en diagnóstico y prevención, con una amplia implementación de la PrEP, los alcanzaremos en 2025". Sin embargo, su preocupación es el 'cuarto' 90 o 95. En este punto, sí muestra algunas dudas: **"El objetivo en el que más tenemos que trabajar es ese 'cuarto' 90/95, que es el que recientemente se ha añadido, y que está relacionado con la calidad de vida, la discriminación y la protección legal de las personas seropositivas"**.

El especialista de la Unidad de Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona reconoce que la COVID-19 lo está eclipsando todo o casi todo, aunque en unos países y en unas poblaciones más que en otros. "Como pasa siempre, los países con menos recursos tienen menos herramientas para enfrentarse a retos como éste. Los más vulnerables son los más afectados en situaciones límite", denuncia.

Con todo, José Luis Blanco reconoce que en nuestro país, como en otros países de nuestro entorno, no se están dando ni situaciones de desabastecimiento ni mayor dificultad de acceso a la medicación. Y que la adherencia, en general, no se ha visto significativamente afectada: "Las farmacias disponen de stock de medicación y se han adaptado muy bien facilitando su envío a los pacientes por vías alternativas. Es cierto que la pandemia, como cualquier otra situación de intenso estrés, puede condicionar la adherencia a personas con

peor tolerancia a estas circunstancias, pero creo que han sido una minoría".

A juicio del también miembro del Grupo de Investigación del Sida (IDIBAPS) del Clínic, los antirretrovirales han avanzado muchísimo, y no sólo en comodidad, tolerancia o menos efectos secundarios, sino también en robustez. Esto se antoja decisivo para contrarrestar 'olvidos', es decir, una menor adherencia. Es lo que se conoce como 'forgiveness' o 'dosis de perdón': "Cuanto más robusto es un tratamiento, más permite que ante un olvido no se produzcan fracaso virológico y selección de resistencias", subraya. Preguntado sobre la disponibilidad de estos tratamientos con alta capacidad de 'perdón', Blanco asegura que está "garantizada", si bien no todas las pautas existentes tienen la misma capacidad: "Desde el punto de vista de los resultados en ensayos clínicos, en los que la eficacia se valora en población seleccionada, durante un tiempo limitado y en un análisis de

«FORGIVENESS» O 'DOSIS DE PERDÓN'

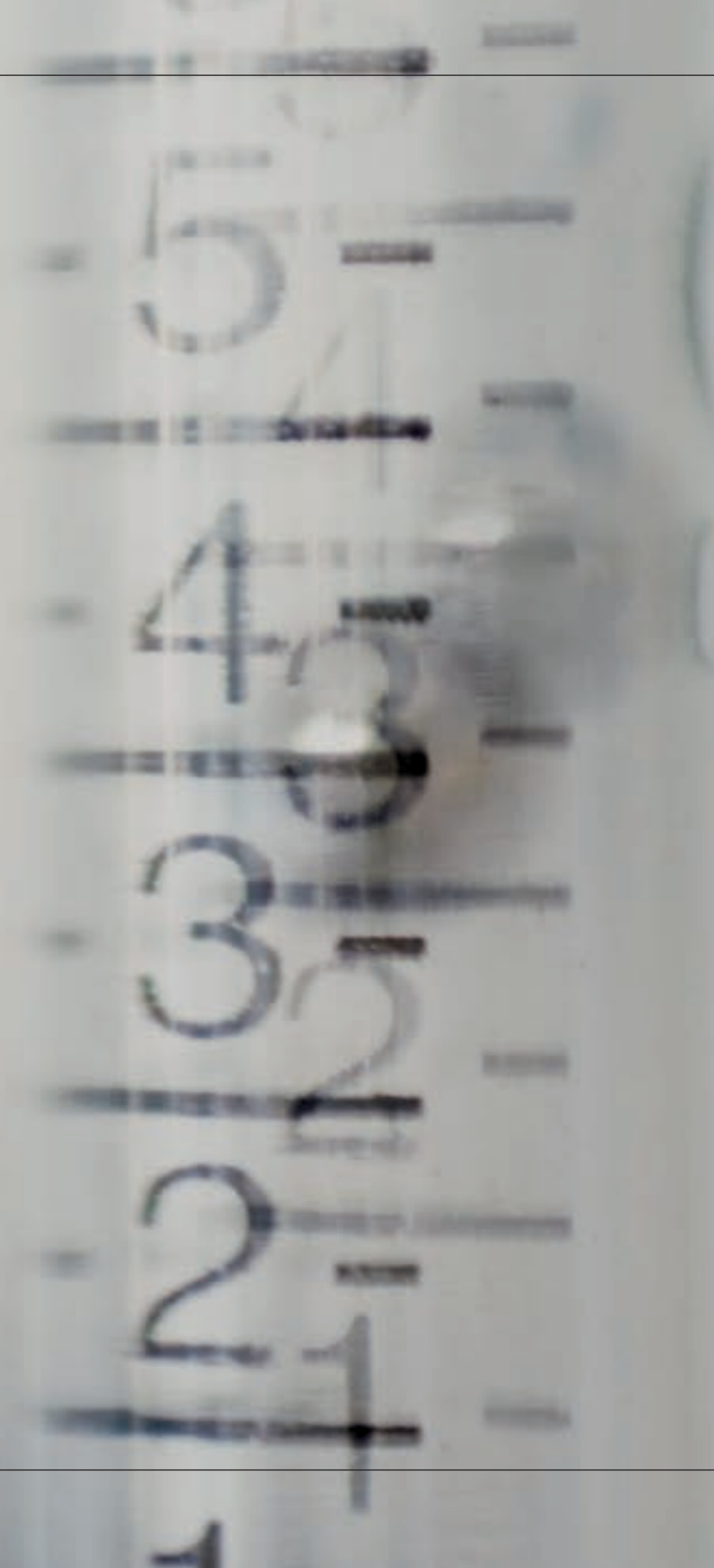
«La disponibilidad de tratamientos con alta capacidad de perdón está garantizada»

JOSÉ LUIS BLANCO, UNIDAD DE INFECCIOSAS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA



no inferioridad, no se han visto diferencias entre esquemas con diferentes 'forgiveness'. Pero la lógica nos dice que en poblaciones menos seleccionadas y, en especial, en pacientes menos adherentes, se podría evidenciar la diferencia. Más que por otros factores, la adherencia viene condicionada por el número de comprimidos, la facilidad de su toma y, a largo plazo, la tolerancia al mismo".

En un contexto tan difícil como el que vivimos, José Luis Blanco, que ha coordinado este año el estudio 'CO-VIH-19', promovido por GeSIDA y la Fundación SEIMC, pone de manifiesto que los fármacos de liberación retardada van a ser "una importante opción terapéutica en el futuro", aunque no necesariamente aconsejable para todos los pacientes con VIH. "Una liberación continua de la medicación que permita unos niveles en rango terapéutico mantenidos deberá acompañarse de tolerancia, buen perfil de toxicidad y una sencilla administración. Los tiempos entre dosis y la existencia de otros fármacos con tiempos similares serán igualmente importantes. Otro factor limitante van a ser las interacciones con otros fármacos".



Los expertos aseguran que la atención médica, también la del VIH, no volverá a ser igual después de la pandemia. Es hora, dicen, de que el sistema aborde por fin el cambio tecnológico que la sociedad demanda. Eso sí: la consulta a distancia no puede ser la única opción.

Hola, telemedicina (pero no sólo...)

Si algo positivo puede tener la pandemia, es que quizá traiga consigo la revolución pendiente de la telemedicina. “Ha sido el golpe de efecto necesario para que el sistema sanitario público se plantee un cambio tecnológico. Hasta ahora, todos los cambios que planteábamos recibían negativas. Ahora, existe una oportunidad de oro”, subraya con énfasis **Jesús Troya**, médico internista del Hospital Infanta Leonor de Madrid.

Dice Troya abiertamente: la telemedicina ha llegado para quedarse. ¿Va a experimentar, pues, la atención al paciente un cambio tan profundo como se vislumbra? Vayamos por partes.

Marzo, abril, mayo... El golpe de la primera oleada del coronavirus es tal que todo lo demás queda en un segundo plano. No sólo el VIH, también las demás patologías. Por lo que se refiere al VIH, que es lo que nos compete aquí, se cierran en bloque consultas. Nuevos casos, diagnóstico precoz y acceso rápido al tratamiento, cambios o ajustes de fármacos, programas de PrEP... “A nivel asistencial, desapareció prácticamente todo lo que no era COVID. Por las tardes, como buenamente se podía, en centros

de día, hacíamos labor de zapa para verlo más urgente, por si encontrábamos algo gordo, pero poco más”, recuerda con resignación el internista del Infanta Leonor. “Se tuvo que cancelar o retrasar un elevado número de consultas programadas en VIH. Y aunque se intentaron establecer medidas extraordinarias para facilitar el acceso ininterrumpido a la medicación, hubo casos de personas que suspendieron temporalmente su tratamiento”, añade Federico Pulido, médico de la Unidad de VIH del Hospital Doce de Octubre, también de Madrid.

Reinaban entonces el miedo y la incertidumbre. Se especulaba sobre los riesgos de una coinfección: cómo podían interactuar el VIH y la COVID-19. Si potenciarse y acelerar el empeoramiento o si, por el contrario, gracias a los antirretrovirales, ofrecer una mayor protección. Hay estudios en curso que comparan pacientes COVID ingresados con y sin VIH. La percepción de Jesús Troya es que, en general, han ingresado menos pacientes COVID con VIH de lo que correspondería a su población. En su hospital, sólo cuatro casos de 1.300 ingresos. Para **Federico Pulido**, tampoco hay datos concluyentes ni en una ni en otra dirección. Todas esas dudas y el hecho de que no pudieran acceder

«Hay que cambiar cosas definitivamente, pero modulando los cambios, no en precario. Es el momento de aprovechar la oportunidad para desarrollar un sistema de conexión y accesibilidad completa con el paciente»

JESÚS TROYA
MÉDICO INTERNISTA, HOSPITAL INFANTA LEONOR (MADRID)



al sistema sanitario retrajo a muchos pacientes. Algunos decidieron abandonar temporalmente sus tratamientos. No fueron mayoría, ésa es la verdad. De hecho, Jesús Troya estima que el 90% siguió y sigue recogiendo normalmente sus antirretrovirales. Pero nadie duda de que está habiendo una incidencia y que sus efectos se verán en el medio plazo. Aún es pronto para saberlo.

Y es que, en contra de lo que pueda pensarse, ni siquiera en lo más duro del estado de alarma los especialistas dejaron de diagnosticar infecciones por VIH. “Las fiestas han seguido, te lo reconocen los propios pacientes. Bastaría con preguntar a la clínica Sandoval”, desmiente Troya cualquier otra hipótesis. Quizá durante la primera oleada de la pandemia cayeron los nuevos diagnósticos, pero los expertos creen que esto pudo deberse más a la dificultad de acceder al sistema que a una disminución real de la incidencia. “**Si se confirman nuestros temores, la primera consecuencia de la pandemia va a ser un incremento del diagnóstico tardío en los próximos años**”, vaticina Pulido. “Si ya teníamos un 50% de diagnóstico tardío en España sin COVID, imagínate ahora”, corrobora Troya.

Sea como fuere, el miedo, las restricciones de movilidad y el distanciamiento

social obligaron desde el primer momento a improvisar la teleconsulta. Reconoce Federico Pulido, ex presidente de Gesida: “Se reducía, fundamentalmente, a una llamada de teléfono. Es decir, aquello tenía un importante impacto sobre el seguimiento de los protocolos asistenciales, en especial a poblaciones vulnerables”. “Jamás hubiera creído que iba a prescribir telemáticamente, pero era prioritario para evitar auténticas bombas epidemiológicas”, añade Troya.

En realidad, la telemedicina no es nueva. En el Infanta Leonor llevan practicándola una década. Entre un 20% y un 30% de los pacientes VIH son seguidos a distancia, por mail o teléfono, sobre todo si son estables. El reto ahora es crear y consolidar unos protocolos en condiciones, y asegurar una atención adecuada. Jesús Troya lo explica con mucha claridad: “Hay que modular las cosas para que el sistema se adapte de forma adecuada a los cambios. Porque me da la sensación de que estamos haciendo los cambios en precario. No basta con ofrecer una visita cada seis meses por teléfono o webcam. Hay que convertir la precariedad en oportunidad. Es el momento de aprovechar la oportunidad para desarrollar un sistema de conexión y accesibilidad completa con los pacientes. Sería tanto como decirle al paciente: te oferto esta

«La consulta telemática como opción aporta ventajas a los pacientes: evita desplazamientos y pérdidas de tiempo innecesarias. Y disminuye la interferencia del control crónico de la infección en su vida diaria»

FEDERICO PULIDO
MÉDICO ADJUNTO DE LA UNIDAD VIH, HOSPITAL UNIVERSITARIO DICE DE OCTUBRE (MADRID)
EX-PRESIDENTE DE GESIDA



PUEDEN ENCONTRAR MÁS INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE TEMA EN LAS PÁGINAS 42-45

asistencia, pero a condición de que puedas acceder digitalmente a mí, al médico, en cualquier momento. Eso, hoy por hoy, no está establecido. Queremos convertir la medicina tradicional en una medicina digital, pero con una estructura conservadora. ¡Es que no estábamos preparados para todo esto!”

En este año de pandemia y perjuicios, la telemedicina ha beneficiado a unos y perjudicado a otros. ¿Beneficiados? A juicio del doctor Troya, los nuevos pacientes VIH, más jóvenes: personas con trabajo, mayor capacidad adquisitiva y destrezas tecnológicas. “Pacientes que ya venían pidiendo sus informes por correo electrónico y que no entendían la obligación de ir al hospital sólo por eso”. ¿Perjudicados? Como siempre, los más vulnerables. Y, sobre todo, los no españoles en situación no regularizada, “invisibles”, las personas que consumen drogas y la comunidad trans. “Nos parece lo más normal del mundo tener un móvil y conexión wi-fi, ¿verdad? Pues para muchas de estas personas, que viven en la calle, eso es un lujo inalcanzable. Estos pacientes no pueden conectarse y siguen pidiéndonos atención presencial. En todo este tiempo, se ha sentido abandonada”, subraya. No lo tiene tan claro Federico Pulido, quien considera que el impacto de la telemedicina “es menor en el caso de los pacientes con años de seguimiento y una relación con sus médicos más claramente establecida”.

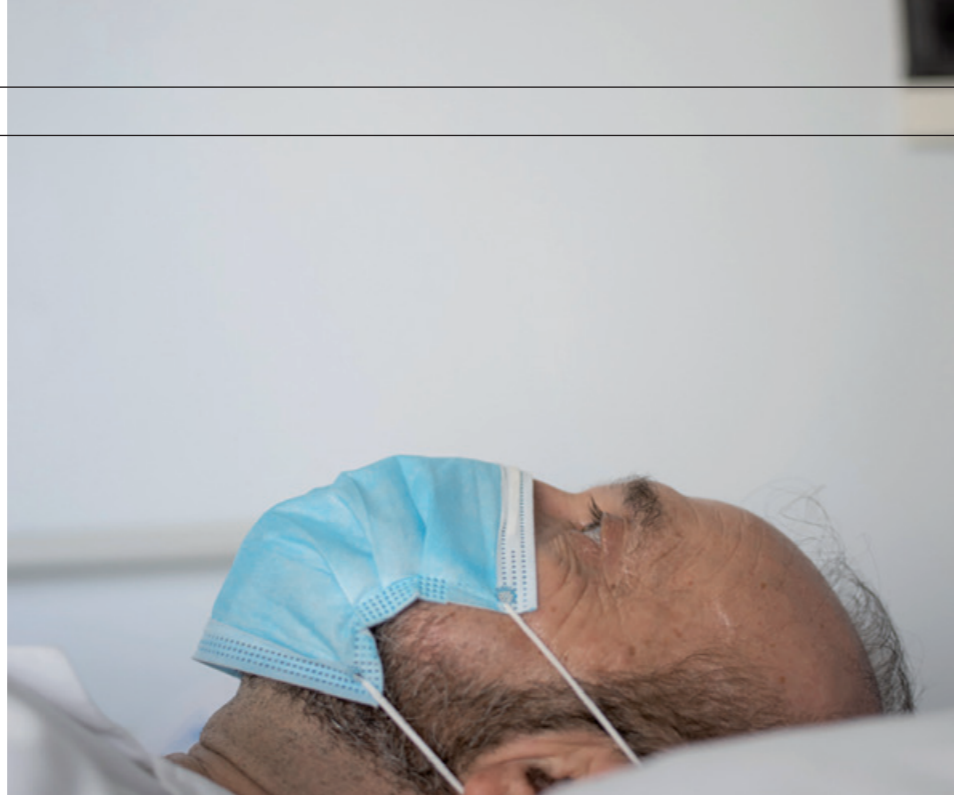
El esfuerzo de la farmacia hospitalaria durante todos estos meses ha sido enorme, ponen de manifiesto ambos. Ha garantizado el suministro puntual a domicilio. Y, si era necesario extender el periodo, se ha hecho con flexibilidad. Sin embargo, con revolución tecnológica y

todo, los especialistas siguen considerando que la telemedicina es una opción, no una obligación, y menos para enfrentar el VIH. “De todo esto hemos aprendido que hay que adaptar, no cortar y cerrar; que la vida continúa. La telemedicina es útil y cómoda, pero por el camino se pierde el contacto. La finura. Los matices. La cámara es neutra, no te permite interacción ni empatía. El cara a cara siempre da más información. Ya puede decirte un paciente que está bien, que escarbas y en seguida encuentras algo. Ten en cuenta que para muchos tú eres su médico de cabecera, su psicólogo...”, reivindica Jesús Troya. Concluye Pulido: “La consulta telemática como opción aporta ventajas a los pacientes en el sentido de que evita desplazamientos y pérdidas de tiempo innecesarias. Disminuye también la interferencia del control crónico de la infección en su vida diaria. Pero si, por carencias del sistema, pasa a ser una necesidad y se realiza sin los medios adecuados, entonces se convierte en problema. En su versión más habitual, estos meses, acaba consistiendo en una llamada telefónica no programada, de corta duración, y encaminada a resolver los aspectos más imprescindibles del tratamiento. Se trata de una solución de emergencia. No debería ser el modelo a seguir para instaurar programas de telemedicina realmente efectivos. El reto es integrar algunas de las nuevas medidas en la rutina asistencial. No volver a lo anterior sino hacer algo mejor. Sabemos qué es prioritario y sabemos que hay formas alternativas de hacer las cosas. Todo ello puede mejorar nuestra forma de atender a las personas con VIH”.



España presenta una tasa de diagnóstico tardío que rondaba el 46% de de los nuevos casos ya antes de la pandemia. Según los expertos, es muy probable que esta cifra haya crecido durante estos meses.

Reportaje/ 79.000 profesionales sanitarios españoles han sido contagiados por la COVID-19 este año. Entre ellos, algunos de los más destacados infectólogos y especialistas en VIH, que nos cuentan aquí su experiencia en primera persona. Sus síntomas, sus miedos, sus secuelas. Y cómo estar mejor preparados para un futuro con más pandemias.



MÉDICOS PACIENTES

“Debajo de las sábanas en una cama de hospital, todos somos iguales”

LAS IMÁGENES QUE ACOMPAÑAN ESTE TEXTO CORRESPONDEN A UN REPORTAJE GRÁFICO REALIZADO POR JAMES RAJOTTE PARA EL DIARIO 'EL PAÍS'. EN ELLAS APARECE EL DOCTOR SANTIAGO MORENO, EN SU DOMICILIO Y EN EL HOSPITAL DONDE ESTUVO INGRESADO, RECREANDO ALGUNOS MOMENTOS DE SU INGRESO.

o hay mejor epítome del esfuerzo titánico y del calvario pasado por tantos sanitarios que el diario escrito por **Santiago Moreno** (Murcia, 1960). La pieza se titula 'Agonía y resurrección del doctor Moreno' y fue publicada por El País en junio. Arranca el 25 de enero: el virus parecía entonces algo aún muy remoto y focalizado en China. Acaba el 24 de mayo, ya reincorporado a su puesto en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, del que es responsable. Moreno flirteó con la muerte y estuvo en un tris de sucumbir. En esas páginas lo cuenta todo con una naturalidad pasmosa, como es él. “Temimos mucho por Santi, estuvo muy grave”, reconoce serio **Pepe Alcamí**, director de la Unidad de Inmunopatología del Centro Nacional de Microbiología, encuadrado en el Instituto de Salud Carlos III, que también pasó el virus en esas mismas fechas. Otro compañero que en marzo tenía ingresada a su mujer en la habitación

contigua a la de Moreno ha reconocido con el tiempo que no se atrevía ni a mirar las analíticas de su colega... de tan malas que eran.

Pero ni ese andar al borde del abismo resta al facultativo murciano un ápice de su entusiasmo proverbial, tan proverbial como los abrazos que repartía y que sueña con volver a repartir: “Mis marcadores eran horribles. Yo entonces no me enteraba de nada... Mira, un médico de mi hospital ha desarrollado una aplicación para medir las probabilidades de un paciente que ingresa con COVID tiene de morir. Quería analizar qué factores pueden marcar un desarrollo u otro en la evolución de la enfermedad. Se meten un montón de parámetros y sale un número. Yo, por curiosidad, lo hice anteayer

(estamos en noviembre)... ¿Sabes qué probabilidades de morir me daba a mí, nen? ¡¡¡97,5%!!! Compré el único boleto que quedaba para librarme”, suelta todavía con el susto en el cuerpo.

Médicos, enfermeros, farmacéuticos... Han estado en primera línea y, como cabía esperar, la COVID-19 no ha tenido piedad con ellos. Sobre todo, en las primeras semanas, cuando se sabía poco y las medidas de protección eran menores. Según la estadística oficial, desde el inicio de la pandemia y hasta mediados de noviembre, 79.000 profesionales sanitarios españoles han caído infectados por el coronavirus. Eso supone el 5,46% del total de contagiados en nuestro país. De ellos, 17.400 (un 20%) se contagiaron en centros sanitarios y 8.700 en centros sociosanita-

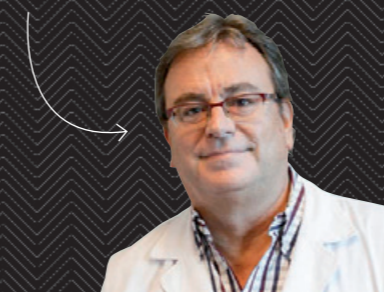
rios. Se desconoce el origen del contagio de al menos 11.000. Los fallecidos suman 63, si bien esta cifra sólo está actualizada a fecha 5 de junio. En todo el mundo, con datos de septiembre, los profesionales muertos son más de 7.000.

2020. Un virus desconocido lo ha puesto todo patas arriba. Muchos sanitarios se han convertido en pacientes: el mundo al revés. No se han librado tampoco los especialistas en VIH, viejos conocidos y colaboradores de estas páginas: además de Moreno y Alcamí, Antela, Von Wichmann, Martínez... Casualidad o no, casi todos los contactados para este reportaje cayeron enfermos el fin de semana del 14 y 15 de marzo, fecha fatídica de un año para olvidar. Hoy, al menos, viven para contarlos.

Santiago Moreno: “Me llamó la atención que uno se pudiera morir de esa manera. ¿Toda la vida hablando de la muerte y era esto? ¿Con tan poco glamour?”

Pepe Alcamí: “Estábamos mi mujer y yo tan cansados que nos pasábamos el día tirados. Todo el día solos en casa. Pero ha sido a la vez una experiencia muy bonita de reencuentro”

Antonio Antela: “Mi sensación era la de ir a la deriva, directo al precipicio, sin poder evitarlo. Lo peor es que no me sentía con fuerzas para luchar”



VIVIR PARA CONTARLO

Y cómo lo cuentan? ¿Cómo es un médico convertido en paciente? **Antonio Antela** (Las Palmas de Gran Canaria, 1960), coordinador de Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, se sintió muy cansado el sábado 14 de marzo. No le extrañó porque llevaban dos semanas sobrepasados por la avalancha de pacientes hospitalizados. “El lunes 16 ya no podía ni con mi alma”, recuerda. Estuvo dos semanas ingresado y a punto de pasar a UCI. “Pasé mucho miedo la primera semana porque veía que iba en picado. Aunque estaba muy bien cuidado, mi sensación era de ir a la deriva, directo al precipicio, sin poder evitarlo. Lo peor es que no me sentía con fuerzas para luchar, estaba totalmente entregado a mi destino y sin poder moverme, como si tuviera una montaña encima”, se refiere a su particular odisea. **Pepe Alcamí** (Valencia, 1957), que tuvo

un cuadro de neumonía más leve, también pasó miedo. El virus se lo contagió su mujer, médico de familia. El viernes 13 de marzo ella llegó a casa muy cansada. “Caí tres días después, ya iba sobre aviso. Lo que más acusé fue el cansancio. Yo, que soy muy activo, ver que no te puedes mover... Es una cosa tremenda. ¡Es que no podía mover ni las pestañas!”, lo cuenta de manera muy gráfica. “Pero no quisimos ir al hospital, y eso que mi mujer tenía criterios de ingreso. Preferimos aguantar. Nos medíamos constantemente la saturación de oxígeno. Un compañero internista nos llamaba todos los días. En ese momento sabíamos muy poco del virus, pero sí que había un periodo crítico de siete a diez días desde el comienzo de los síntomas. A partir de ahí, una gente se curaba y otra se ponía muy enferma. Aquel periodo lo vivimos con miedo. Muchos compañeros estaban cayendo enfermos. Un íntimo amigo, compañero desde el colegio, **Alberto Tejedor**, del Gregorio Marañón, falleció. Fue devastador. Parecía una pesadilla, un mal sueño”. Con todo, lo más llamativo a su juicio ha sido la conciencia clara

C Médicos pacientes

Santiago Moreno: “Los profesionales que afrontamos la epidemia del sida en los ochenta vivimos aquello con tanta o más angustia. Se nos ha olvidado qué fue aquello. Nos vimos igual de desbordados, pero más solos”

Antonio Antela: “Intentamos hacerlo lo mejor posible. Los profesionales vivimos esto con naturalidad, pero también con impotencia. No sólo porque no tenemos las herramientas sino porque vemos que la gente no se conciencia”

Pepe Alcamí: “Los médicos tenemos una cierta sensación de invulnerabilidad, como si el conocimiento protegiera del daño. Ahora, por primera vez, me he sentido frágil”



de saberse poca cosa: “Por primera vez, nos hemos sentido frágiles. Lo comentábamos mi mujer y yo, constantemente. Los médicos tenemos una cierta sensación de invulnerabilidad, como si por el hecho de saber lo que pasa y entender las enfermedades éstas no te van a pasar a ti. Como si el conocimiento nos protegiera del daño. Y no es así. Esa barrera ilusoria esta vez no existió”.

Moreno sí estuvo en la UCI. Una semana: del 21 al 28 de marzo. El 11 escribe en su diario: “Tengo la cabeza como si me hubiera ido de juerga”. El 14 la PCR da positivo y se confina en casa. El 17 se tiene que meter en la cama con un cansancio enorme: “Es como cuando tienes una gripe, pero multiplicado por mil”. El 19 anota: “Si te dan una paliza y te rompen los huesos, tiene que ser algo parecido a esto”. “Era estar en la cama e intentar no moverte para evitar cualquier dolor”, recuerda. Ese día empieza a desaturar. Habla con compañeros del hospital. Se wasapean todo el tiempo. Andan igual. Alguno le sugiere que vaya al hospital, pero él se resiste: “Todos evolucionaron normalmente menos yo, que al séptimo día seguía empeorando. Se me quitaron hasta las ganas de wasapear”. El 20 de marzo ya no puede más: “Chicos, voy para allá”.

“Pero nunca, nunca me angustié”, se sincera. Y añade: “No tuve pensamientos circulares en plan ‘me voy a morir’. Alguna cosa me venía a la cabeza, claro. ¿Cómo no vas a pensarlo? Sabes lo que hay. Y cuando te bajan a la UCI aún más. Pues si te ha tocado, te ha tocado, me dije. ¿Quieres saber lo que pensaba? Me llamó la atención que uno pudiera morir de esa manera. ¿Toda la vida hablando de la muerte y es esto? ¿Con tan poco sex-appeal, tan poco teatral, con tan poco glamour? Y aún me vino a la cabeza otra idea: oye, si me muero, me voy a enterar por fin de si hay algo o no hay nada. Si hay algo, volveré a ver a mi padre y a mi perra. Y si no haya nada, pues nada”. Pero sólo de pensar que su



mujer, Toñi, o sus dos hijos pudieran enfermar. . . eso sí le angustiaba.

Esteban Martínez (León, 1963), consultor senior en el Hospital Clínic de Barcelona y actual presidente de GeSIDA, atravesó como Alcamí un COVID suave. Y, en su caso, además, tardó: en septiembre, a la vuelta de vacaciones. Así lo vivió él: “Mi mujer es viróloga, es la que hace las PCR en el hospital. En cuanto mi hija empezó con molestias en la garganta, nos hicimos todos la prueba. Mi mujer y yo estábamos completamente asintomáticos, pero dimos positivo. Todos positivos menos mi hijo, que tuvo que aislarse doblemente. Perdí el olfato a los pocos días. Estaba muerto de miedo porque conoces el curso evolutivo de la enfermedad y uno ya tiene cierta edad. . . Me pregunto cuánta gente asintomática que no ha tenido la oportunidad que tuvimos nosotros ha estado infectada sin saberlo y ha contagiado a otros”.

“No, no por ser médico estás más preparado ni dejas de creerte lo que te dicen. Es la naturaleza humana, que

se agarra a un clavo ardiendo. Ni médico ni no médico”, aclara Santiago Moreno, que, como Antela, reconoce ser un buen paciente: “Yo me entrego. Por ejemplo, cuando llegué al hospital me pusieron medicación que yo no me hubiera puesto. Podía haber dicho: querido, quítame eso. Pero me dije: no, no voy a obstaculizar ninguna decisión. La única cosa que sí discutí fue, al final, en planta, y estando casi bueno. El dímero D, que había venido bajando, de repente subió. Se preocuparon y pensaron que quizá había hecho una embolia. Como no acababa de recuperar la

respiración, lo achacaron a eso, y no a la COVID. Te vamos a hacer un angiotac, me dijeron. Y ahí, sí, les fijé: para, para, para, no confundiros, que estoy sanísimo. Vamos a esperar un poco”.

De su estancia en la UCI, Moreno se queda con los mensajes tranquilizadores que le transmitían sus compañeros desde el otro lado del cristal: un simple pulgar hacia arriba, un cartel que decía “he hablado con Toñi, está bien”. Y, sobre todo, con una ventana: “No creas que veía paisajes maravillosos, pero despertaba por la noche y sabía que era de noche. O que amanecía. Hasta vi nevar. En ese momento, no te das cuenta de la importancia que puede llegar a tener esa ventana, pero la tenías y te agarrabas a ella. Te conectaba con la vida. No te lo vas a creer: una persona que leyó mi diario me escribió más adelante y me contó que también había estado en una UCI, y que se identificaba totalmente con lo que yo contaba. Usted, que tiene influencia, me dijo, intente que todas las salas UCI de hospital tengan una ventana”.

Al aragonés **Miguel Ángel Von Wichmann** (1959), de la Unidad de Infecciosas del Hospital Donostia de San Sebastián, lo contagió en marzo un paciente no identificado. Primero, parecía un simple catarro. Siguió trabajando con precauciones. Pero la cosa empeoró. Ingresó con neumonía, estuvo hospitalizado dos semanas y luego permaneció otras dos aislado en casa. Ni su mujer ni sus dos hijos se vieron afectados. No tiene secuelas. Tampoco Pepe Alcamí, que dice estar en forma y que aquellas semanas sirvieron para volver a reencontrarse con su mujer, “una especie de prejubilación, una experiencia muy bonita”. Ni Esteban Martínez, ni el propio Santiago Moreno, que asegura que salió como un toro, aunque últimamente anda un poco “embotado”. “Pero es que no he parado un minuto. La exigencia ahora es doble: al COVID súmale todo lo que hacíamos antes. . . Otra vez duermo poco. Ya me lo dice Toñi: no has aprendido nada”, se encoge de hombros.

Sí ha tenido secuelas, en cambio, y durante meses, Antonio Antela. “Me dieron de alta a los quince días. Permanecí en mi domicilio otros veinte días más, recuperándome, antes de poder volver a trabajar. Incluso mi primera semana de trabajo tras la COVID fue horrible: llegaba a casa y me acostaba porque estaba hecho polvo. También, se me alteró el sueño y he tenido insomnio y pesadillas mucho tiempo. No podía concentrarme más de media hora. Se me olvidaba todo lo que leía, estaba especialmente sensible y atemorizado. La anosmia (pérdida de olfato) y la disgeusia (pérdida o alteración del gusto) también tardaron en desaparecer. Perdí siete kilos, todos de masa muscular, y eso tardé en recuperarlo. Me he sentido cansado y con dificultad para hacer ejercicio durante meses”, detalla. Casado y con tres hijas, toda la familia cayó contagiada verosímelmente por él. Hoy, por fin, todos se encuentran bien.

UN FUTURO CON MÁS PANDEMIAS

Sumergidos en la segunda oleada de la pandemia, todos nuestros protagonistas presentan una mezcla de resignación por la situación vivida y nerviosismo ante el miedo de que se puedan repetir las condiciones de marzo. No obstante, la experiencia ganada, los tratamientos existentes y la inminencia de las vacunas les hace ver el futuro con optimismo. “Podremos volver a abrazar a nuestros abuelos, reunirnos en familia, veranear...”, dice Alcamí. Lo que más va a costar de recuperar, coinciden, son los viajes exóticos y los acontecimientos de masas. “Tenemos que pasar el invierno, como en ‘Juego de tronos’, pero para el verano vamos a estar mucho más relajados”, concluye. “Yo no soy tan optimista como Pepe, aunque si lo dice él, que sabe, me da confianza. Hasta el verano que viene seguiremos con mascarillas y comportamientos de seguridad”, puntualiza Moreno.

Sin embargo, lo preocupante es comprobar cómo todos estos expertos coinciden también en advertir que vendrán otras pandemias. Y, ante eso, sólo cabe estar preparados. Cuenta Alcamí: “Un gran virólogo, Paul Marik, publicó un artículo en 2015 en el que ya decía que los coronavirus de murciélagos representaban una gran amenaza para la humanidad. Quien fue mi jefe en el Instituto Pasteur de París nos lo dijo en enero, cuando fuimos a visitarle porque estaba con un cáncer de pulmón muy avanzado: Pepe, esto no lo paramos. Pasará esto, pero vendrá otra cosa. Quiero creer que no vamos a olvidarlo, que vamos a aprender y que vamos a salir reforzados”.



LEA LA ENTREVISTA CON JOSÉ ALCAMÍ, MENCIONADO EN ESTE REPORTAJE, EN LAS PÁGINAS 46-49

Santiago Moreno pone el dedo en la llaga: “La gente tiende a comparar, que cuál fue más grave, si ésta o la del sida. Y no son comparables. Cada una ha causado mucho daño a su manera. Se nos ha olvidado lo que fueron los ochenta con el sida. De terror. Acuérdate la gente con miedo en los bares a beber un vaso de agua pensando que lo podía haber usado antes una persona con sida. Gente no queriendo ir a las piscinas porque no tenía claro si el virus se podía transmitir con el agua. Con miedo a los mosquitos. Fue tremendo. La diferencia es sólo que la transmisión entonces fue más limitada porque requería unas prácticas concretas. Pero los profesionales que nos dedicamos al VIH vivimos aquello con tanta o más angustia que la COVID. Nos vimos igual de desbordados... y más solos. ¿Si vendrán otras pandemias? No te quepa la menor duda. Nunca como en el siglo XX ha habido tantas pandemias. Lo que pasa es que antes eran bacterianas y desde entonces son todas víricas. Si no normalizamos nuestra relación con el mundo animal, aceleraremos otras que están por llegar. Esto está ligado al cam-

bio climático, que hace que los vectores de transmisión de enfermedades aparezcan en lugares donde nunca habían estado antes. Y también a nuestro estilo de vida, a los viajes”.

Von Wichmann rompe una lanza en favor de la sanidad pública y advierte: “Ha sido una situación excepcional que no debería permitir un cambio en las reglas de juego democráticas. Con la vuelta a la normalidad, no estará justificada la pérdida de nuestros derechos. Debería haber un antes y un después, y deberíamos cuestionarnos aspectos fundamentales de un sistema social que está demostrando su fracaso. Lo mismo dice Antela: “No se puede diezmar el sistema sanitario. Esta pandemia ha sacado a la luz todas sus deficiencias, acumuladas debido a años de recortes. Y, además, ha confirmado que la investigación no se valora en nuestro país. Ésta es otra de las cosas que tienen que cambiar. Hay que invertir en ciencia, en investigación, en innovación. Si no lo hacemos, terminaremos siendo el bar de Europa”. O Moreno: “Nuestro país no se caracteriza precisamente por valorar la investigación. Y

si ahora mismo algo puede solucionar el problema es la investigación. Esto nos ha llegado tan dentro y ha dañado tanto el país que ha demostrado que es preciso estar preparado para investigar”. Esteban Martínez confía en que el gran impacto del coronavirus se traduzca en progreso: “En otras épocas, grandes impactos que tuvo el mundo, dolorosos, fueron al final simiente para que se produjesen cambios sociales y para que la sociedad floreciese”.

Hoy, el doctor Moreno vuelve a ser el torbellino de antes. Espontáneo, cariñoso, abrazador. Directo. No duda en dar un sobresaliente a la sociedad por su comportamiento en la primera oleada del coronavirus, pero tampoco en suspenderla por el de otoño. “Sería indulgente con nuestra conducta en verano, pero no tanto ahora. Tampoco puedo ser igual de tolerante con la gente cuyo oficio es vigilar que esto no pase. Ser conscientes de los problemas que se ciernen con determinadas conductas y no haber puesto todos los recursos para evitarlo... Y esto no lo ha hecho ni el Gobierno ni ninguna comunidad autónoma.” Con todo, la última entrada de su diario, del 24 de mayo, es un canto a la esperanza, y con esto nos quedamos: “Lo que me ha pasado pone de manifiesto que hoy puedes estar bien y mañana, de la manera más tonta, dejar de estar. Madre santísima, piensas que con esto no has saldado ninguna deuda ni te has librado de nada. Sigues estando expuesto al accidente de trabajo o al tumor incurable. Es de las pocas cosas que han quedado conmigo: esa sensación de que no estás protegido. De que no hay nada que te haga resistente, inmune a los miles de peligros que nos acechan. pero también es verdad que el ser humano tiene capacidad para vencer de manera repetida los obstáculos de salud que se le presentan. Con este pensamiento, espero la siguiente batalla”.



Esteban Martínez: “¿Volveremos a la normalidad de antes? En otras épocas, impactos muy grandes que tuvo el mundo fueron dolorosos, pero también la simiente para que se dieran cambios y la sociedad floreciera”

Antonio Antela: “Sólo los países que invierten en ciencia, investigación e innovación progresan. Si no lo hacemos, terminaremos siendo el bar de Europa”

Pepe Alcamí: “La solución vendrá de la investigación. Las vacunas van a llegar mucho antes de lo que se dijo. Esto también pasará y quedará como un mal recuerdo de un año terrible”



El VIH no ha sido nunca una prioridad. No sólo ahora, por la COVID-19, sino desde siempre”, denuncia **Jorge Garrido**, director ejecutivo de Apoyo Positivo.

Desde 1993, Apoyo Positivo insiste en ir más allá del asistencialismo y de la sobreprotección en la lucha contra el VIH, las hepatitis víricas y todo tipo de ITS. Pero, sobre todo, en abrir nuestra mirada al complejo mundo de la sexualidad. En este punto, Garrido se muestra especialmente sensible. No admite clichés ni simplificaciones. “Seguimos sin hablar abiertamente. El VIH, la salud y la educación sexual son aún un tabú, y esto se traslada a las propias comunidades que están más afectadas por el virus o son más vulnerables por su diversidad. Criminalizamos la sexualidad en sí. El estigma, internalizado, condiciona que surjan espacios no seguros donde se puedan dar prácticas de riesgo”, añade.

Sin nombrarlo expresamente, ya está sobre la mesa el chemsex.

Explica Garrido: “En realidad, el chemsex no es algo nuevo sino una reformulación del viejo sexo, drogas y rock&roll. Lo novedoso son las circunstancias, las sustancias involucradas, quiénes lo practican, los condicionantes que llevan a esas prácticas y, sobre todo, las consecuencias cuando se convierten en un consumo problemático”. Apoyo Positivo lleva más de cinco años desarrollando uno de los programas europeos más ambiciosos sobre chemsex. Este programa recibió en 2017 el Premio a la Innovación Clínica de la Sociedad Española de Psiquiatría y un accésit en los Premios Afectivo-Efectivos de 2019, y cuenta con el aval de la Sociedad Española de Patología Dual. De su mano, se han tratado 300 casos que han permitido a los profesionales de la asociación avanzar en la percepción del fenómeno. “Porque el chemsex es más que un problema de consumo o de adicción al sexo. Es la punta del iceberg de algo mucho más profundo”, asegura.

CHEMSEX, LA PUNTA DEL ICEBERG



«Necesitamos hacer más robusto, inclusivo, participativo y universal nuestro sistema de salud. Y, en eso, el mundo comunitario tiene mucho que decir. Somos una pieza clave a pesar de la estigmatización de nuestro trabajo»

JORGE GARRIDO
DIRECTOR EJECUTIVO
DE APOYO POSITIVO

Con la desescalada, a partir de mayo y durante el verano, han aumentado significativamente la práctica del chemsex y las infecciones por VIH. Sobre todo, entre los grupos más vulnerables, aunque no sólo. Los clichés y el estigma ‘intoxicar’ casi siempre el abordaje de este fenómeno. Esto no va de VIH o COVID-19, dice **Jorge Garrido**, de Apoyo Positivo, sino de construir un nuevo modelo de salud centrado en la persona.



Y en esto, llegó la pandemia. Llegó y lo puso todo “patas arriba”. Detalla Garrido que los centros de salud sexual combaten la situación actual con pocos recursos, que muchos de ellos están colapsados y que, incluso, algunos han cerrado. Que muchos especialistas en VIH están también haciendo frente a la COVID-19. Que los casos de infección que ellos derivan a la atención primaria terminan en las urgencias hospitalarias. Que los recursos comunitarios notan ya un impacto que será aún mayor en 2021... Y que una de las alternativas novedosas, la PrEP, que entró en vigor en España en 2019, está prácticamente bloqueada. “Las estructuras de respuesta al VIH, que de por sí eran ya débiles, pueden terminar de desestructurarse o, incluso, desaparecer a nivel de recursos de salud pública y, tristemente, también a nivel comunitario. La salud sexual no debería descuidarse por una pandemia como ésta, y sin embargo los esfuerzos preventivos están siendo los más mellados”, subraya.

Al principio de la pandemia, durante el estado de alarma, Apoyo Positivo constató un descenso del chemsex, algo que ellos relacionan a la dificultad para conseguir sustancias o acceder a espacios donde estas prácticas tenían lugar habitualmente. Muchos usuarios hicieron entonces “un break”; otros, en cambio, encontraron en el chemsex una válvula de escape. Después, al iniciarse la desescalada, en mayo y durante las primeras semanas del verano, la curva de nuevos casos se disparó. Garrido lo ve así: “Más allá del consumo y de la práctica sexual, se entiende que muchas de estas personas tienen problemáticas graves, patologías duales, emocionales, y no pueden evitarlo. Más aún, en estos meses de confinamiento, cuando el ocio se ha visto completamente alterado. La proliferación de fiestas privadas, el uso de drogas para el sexo... son aún más relevantes en un momento como el actual. Todo esto puede dejar a medio camino algo tan trascendental en la respuesta al VIH como es el abordaje del estigma. Y, sin

ese abordaje, no conseguiremos acabar ni con el VIH ni con pandemias como la de la COVID-19. Es un momento complejo para la contención del fenómeno”.

Los datos de ‘testing’ de Apoyo Positivo revelan que este año los casos reactivos en VIH y hepatitis C duplican los números de años anteriores. También se detectan más ITS. “Hemos reflejado un aumento muy significativo de la demanda de nuestros servicios y también un aumento de los nuevos diagnósticos de VIH en perfiles chemsex: sobre todo, hombres gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres, aunque también empieza a ser frecuente entre otros perfiles como mujeres trans o heterosexuales. Hay muchas lecturas de este fenómeno. La educación sexual, los nuevos modelos de masculinidades, un abordaje integral del estigma dentro y fuera de los colectivos afectados, la promoción de la diversidad y de los diferentes modos de ser, amar y relacionarse sin estigmas ni discriminación... Estos deberían ser los primeros pasos. Y luego, una adaptación del sistema para hacerlo accesible y amigable. Porque una pandemia no para las prácticas sexuales. No es descabellado pensar que puedan darse no sólo más infecciones sino más casos problemáticos debido a la COVID-19”, aventura.

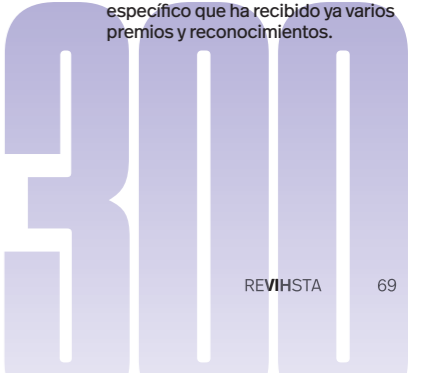
El problema está servido. El programa de Apoyo Positivo cada vez recibe más demandas problemáticas. Crecen las consultas en la parte de reducción de riesgos... Y, debido a la COVID-19, los recursos comunitarios especializados no tienen ahora la posibilidad de brindar servicios presenciales, excepto en urgencias, por lo que se han tenido que adaptar al mundo online. A juicio de Jorge Garrido, tanto los objetivos de ONUSIDA para 2020 como la iniciativa Fast Track Cities ya eran demasiado “ambiciosos” antes de estallar la pandemia. No es que la meta no fuera alcanzable, “es que **son muy pocos los países que han mostrado un compromiso real con el VIH más allá de la firma del**

documento y algunas acciones. Tenemos las herramientas para acabar con el VIH; si no lo hacemos es porque no hay acuerdo. No se trata de invertir más sino de optimizar y coordinar mejor los recursos existentes”.

El estigma hace llegar tarde métodos preventivos clave, impide que se inviertan los recursos necesarios y complica el acceso universal al tratamiento. Todos los expertos clínicos y comunitarios coinciden en señalar un déficit en educación sexual y afectiva que hace que el abordaje del VIH no se haga de forma integral, estructural y multidisciplinar desde la administración. Lo que se traduce habitualmente en una respuesta tardía. La esperanza está en que la pandemia por COVID-19 contribuya a cambiar las prioridades de salud pública. “Necesitamos integrar la respuesta al VIH y a otras infecciones víricas y bacterianas en un nuevo modelo de salud pública y comunitaria que se construya desde la persona”, explica Jorge Garrido.

En este punto es en el que Garrido prefiere detenerse: “¿Por qué nos planteamos el funcionamiento del sistema sobre una u otra patología? ¿Por qué no nos planteamos si los recursos y el modelo de salud y de participación de todos los agentes se ajustan a las necesidades de nuestra sociedad y a las circunstancias actuales? Esto va más allá del VIH y de la COVID-19. Va de un sistema de salud desprotegido y desnudo que tenemos que proteger por encima de las patologías. Va de cuidados para el sistema de cuidados”.

Apoyo Positivo ha tratado más de 300 casos de chemsex problemático en los cinco años desde el inicio de un programa específico que ha recibido ya varios premios y reconocimientos.



Entrevista/El presidente de la Coordinadora Estatal del Sida es consciente de la emergencia sanitaria que vivimos, pero no olvida todos los objetivos y compromisos que se han adquirido. Pide, al menos por el momento, una revisión de leyes y normativas, tanto a nivel nacional como autonómico y local, que terminen con la discriminación a las personas con VIH.

Ramón Espacio: “La polarización social va contra los más vulnerables”

© FOTOGRAFÍAS / EMMA FERRER



«Firmar y dar declaraciones es muy fácil, pero luego lo de dedicar los recursos se complica más»

Vivimos tiempos complicados que entiendo han tenido que afectar de pleno a su proyecto. Nos ha afectado mucho, en muchos aspectos. Aunque no trabajamos con personas directamente, trabajamos con entidades. Hacemos trabajos de sensibilización, de formación... En este sentido, aunque seguimos teletrabajando, las cosas no están sien-

do fáciles. Muchas de las personas para las que trabajamos pertenecen a grupos muy vulnerables: usuarios de drogas, inmigrantes, mujeres trans, trabajadores y trabajadoras del sexo... Ha habido mucho impacto. Durante el confinamiento, articulamos programas específicos para ayudar a esta gente, nos coordinamos con otras entidades, de comida a domicilio, por ejemplo. Muchos no tenían ni para comer. También atendimos a personas con problemas de salud, porque gran parte de estos grupos necesitan una atención frecuente: son personas con muchas comorbilidades. Al principio, nos encontramos muchos problemas. Para empezar, no teníamos ni mascarillas, ni EPIs, ni nada. Hubo servicios, como el de intercambio de jeringuillas, que se permitió que abrieran. Se atendía en la puerta, sin dejar entrar. Pero ahí estaban los trabajadores, sin mascarillas ni nada. También tuvimos mucha demanda de información. No sabíamos de qué manera el coronavirus afectaba a personas con VIH. Nos preguntaban si era más fácil para ellos contagiarse o si tenían más riesgo de que se complicara la enfermedad. Hubo también mucha demanda de atención psicológica, temas de ansiedad, de miedo... Los usuarios de las chemsex tenían problemas de abstinencia. Inten-

tábamos resolver todo lo que podíamos de manera telemática. Hicimos grupos, formaciones, atención telefónica... Fueron meses de trabajo muy intenso en los que hubo que adaptarse a todo.

P: ¿Se ha avanzado algo en los últimos años en el diagnóstico tardío?

R: Esperemos que a final de este año veamos los datos de 2019, pero tampoco lo sé seguro. Los servicios de vigilancia de enfermedades infecciosas ahora están donde están, en la COVID-19. Pero, vamos, en general **yo no he visto ninguna iniciativa relevante que haya promovido el diagnóstico precoz, así que no creo que las cifras nos sorprendan mucho.** Peor aún, 2020 va a suponer un retraso. Están cerrados muchos centros o solo atendiendo urgencias. El impacto va a ser importante. Incluso la dificultad para acceder a la Atención Primaria va a repercutir. Es difícil plantear al médico por teléfono estos asuntos, requieren de cierta intimidad.

P: ¿Qué relación tiene el diagnóstico tardío con el estigma?

R: Esto tiene una doble vía, no digo nada nuevo. Por un lado, es cuestión de los profesionales sanitarios. Hay muchos estudios que hablan de pérdida de oportunidad de diagnóstico en el entorno sanitario; ya sea en Atención Primaria o incluso en algunas especialidades. Existe una cierta reticencia por parte del personal a solicitar esta prueba porque se tienen asociadas una serie de características que no siempre se dan. Los estudios demuestran que hay veces que un paciente ha podido pasar un largo periodo atendido en Atención Primaria con **claros indicios de que era una buena oportunidad para hacerse una prueba y no se le ha hecho; hablo de cosas tan obvias como haber pasado una ITS.** ¿Por qué? Porque se tiene en la cabeza una idea, un estigma de cómo tienen que ser las personas con VIH, que no siempre se corresponde con la realidad. Hay incluso reticencias a preguntar a las personas sobre su sexualidad, sobre sus relaciones sexuales. Por otro lado, hay un estigma en la propia persona,

un miedo a las consecuencias sociales del estigma más que a las propias consecuencias de la enfermedad que retrasa mucho el diagnóstico.

P: ¿Cómo se lucha contra el estigma?

R: Hay un estigma estructural, motivado por legislaciones, que siguen fomentándolo. A finales de 2018, aunque pueda parecer anecdótico, se consiguió en un acuerdo del Consejo de Ministros que las personas con VIH pudieran formar parte de las Fuerzas Armadas. Nosotros tenemos un servicio de coordinación donde recibimos un montón de solicitudes de información y de reclamaciones de casos de discriminación. Seguimos viendo muchos. En este país una persona con VIH aún no puede ser guardia de seguridad privado porque no puede portar armas por una ley del año 1988 que seguimos intentando cambiar. **El otro día me contaron el caso de unas chicas que fueron a donar médula y como compartían piso con una persona con VIH, no les dejaron.**

El VIH sigue siendo una causa de exclusión. Es más, el médico que les atendió les dijo que se cambiaran las toallas, que no compartieran. Y esto hace un mes. También tratamos de combatir el estigma haciendo campañas de educación en colegios, institutos, universidades... Y campañas de formación, publicitarias... La verdad es que las que hemos hecho han funcionado muy bien. Y, por supuesto, trabajamos el autoestigma. Hay personas que lo viven muy mal, con verdadera angustia, que no conocen a nadie con VIH... Hemos avanzado, aunque por supuesto ser visible es una opción muy personal, que dependerá de dónde estés, de si te lo puedes permitir por tu entorno familiar, laboral... Pero es que demasiadas veces el autoestigma es el peor estigma.

P: El hecho de que seamos una sociedad más polarizada, ¿se nota en cuestión de estigma?

R: Creo que sí, que la sociedad más polarizada está dejando ver unos discursos que retroceden en cuanto a la igualdad de género, que aumentan las acciones homo-



PERFIL

Desde 1993, Ramón Espacio ha formado parte de múltiples asociaciones como miembro activista VIH/Sida. Ha sido presidente del Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana (CALCSICOVA), de la Coordinadora de las Asociaciones de VIH y Sida en la Comunidad Valenciana, patrono de la Fundación FIT –dedicada a la Formación e Información sobre los Tratamientos de VIH y Sida– y miembro de la European AIDS Treatment Group, entre otras organizaciones.

Actualmente, cumple ya tres años como presidente de la Coordinadora Estatal de VIH y sida, CESIDA, y es además vocal en la junta directiva de CALCSICOVA y de la Comisión Permanente del Observatorio del Derecho a la Salud Universal de la Comunidad Valenciana.



fóbicas, unos discursos anti-inmigración... Discursos retrógrados que poco a poco van calando. Van contra las poblaciones vulnerables y eso, al final, claro, nos afecta. Y, además, esto no es sólo a nivel nacional, cosa que nos preocupa aún más.

P: Ha mencionado las toallas y el trasplante de médula, los guardias de seguridad... ¿Nos puede detallar más qué normativas son importantes cambiar?

R: En general, nuestro objetivo es que no se limite a ninguna persona que en realidad no está poniendo en peligro a sus convivientes. Todavía, el criterio está siendo que tienen una enfermedad contagiosa; por ejemplo, no se puede ser taxista. El acceso a los seguros es también un tema muy importante. Aunque en 2008 cambió la normativa, sigue siendo una de las consultas que más atendemos. A una persona con VIH no le hacen un seguro. Hay alguna compañía que sí lo está haciendo, que está ofreciendo seguros. Obviamente, no cubren la parte de VIH, que ésa es pública, pero sí que te dan la posibilidad de ir a un traumatólogo. Tenemos que recordar que para comprar una casa te piden un seguro de vida...

P: Ahora que todo el mundo ansía una vacuna

para prevenir el contagio de la COVID, ¿qué pasa con la PrEP? ¿Ha habido algún avance este último año?

R: Ese es otro de los temas que ha quedado paralizado. Nuestra estimación es que cerca de 6.000 personas la deben estar recibiendo ahora mismo. Durante el periodo de alarma, lo que se hizo fue mantener a las personas que la tenían. Aunque no se les pudo hacer chequeos, sí al menos se les hizo la prueba del VIH. Por otro lado, un porcentaje considerable de los usuarios dijeron que iban a dejar de tomar la



«Se tiene una idea en la cabeza de cómo son las personas con VIH que no se corresponde con la realidad»

«El VIH sigue siendo causa de exclusión»

PrEP, dado que no estaban teniendo prácticas de riesgo.

P: ¿Por qué cree que se está tardando tanto?

R: Iniciar la PrEP en este país ha costado mucho. Hubo incluso muchos profesionales reticentes. Yo creo que tiene que ver más con aspectos morales. Luego, es evidente que la PrEP no sólo es la pastilla: necesita una inversión en recursos, aunque sea una inversión coste-efectiva, porque exige hacer muchos controles.

En este sentido, muchas decisiones se tomaron cuatro meses antes de que estuviéramos todos encerrados, y no hay que olvidar que muchos médicos de infecciosas han estado afectados con COVID. En este momento en España hay 47 centros que la ofrecen, pero hay comunidades como Canarias, Asturias, Castilla-León o Castilla-La Mancha, donde no está disponible aún. Queda mucho por hacer, hay mucha demanda, y hay que implementar el modelo, que ahora mismo es hospitalario y complica todo mucho. A veces, nos encontramos casos en los que la persona tiene que ir al médico de Atención Primaria, que es el que le tiene que derivar para tomarla, y no lo hace. Les dicen: "Para esto no te voy a derivar a un especialista". De hecho, hay gente que ha vuelto a la PrEP

informal (adquirida en páginas web extranjeras sin control médico).

P: ¿La COVID-19 ayudará en algo?

R: Quizás deberíamos darnos cuenta de lo necesario que es un sistema sanitario fuerte. Lo que era una emergencia oculta ha pasado a ser una emergencia evidente. Hay que vigilar el número de profesionales, los contratos precarios, la escasa retribución en algunos casos que ha ido empeorando poco a poco, jóvenes que acaban medicina y se van al extranjero... Pero, ahora, con una crisis económica por delante, no sé si va a haber recursos para una mejora.

P: En España entre el 40-50% de la población con VIH tiene más de 50 años.

¿Qué es lo que más le preocupa respecto a las personas mayores con VIH?

Sabemos que en algunos casos hay un envejecimiento prematuro. Me preocupa más la atención de las comorbilidades en estos casos que del propio VIH. Porque, al final, que ahora nos digan que la carga viral está bien está claro que es importante, pero es que quizás esa persona necesita una especial atención a un problema cardiovascular y puede estar desatendido. También hay mucho problema de soledad, que evidentemente es un problema que comparten las personas mayores, pero que con el VIH se puede ver acrecentado. Además, hay un problema económico grande: personas que tienen pensiones muy justas, con historias biográficas muy complicadas y que, realmente, tienen un añadido de problemas económicos. Al final, se juntan muchas cosas: problemas de salud asociados al envejecimiento prematuro, problemas de soledad, problemas económicos... Tenemos también el problema de las residencias, públicas y privadas, porque en algunas a las personas con VIH se les deniega el acceso.

P: ¿Y respecto a los discapacitados con VIH?

R: Nuestro objetivo es conseguir un cambio normativo. Hacer algo más parecido a otros países que consideran que puede existir una discapacidad social, no sólo la física. Hay países en los que para obtener

beneficios por discapacidad no sólo importa lo físico, sino que se tiene en cuenta el estigma, la dificultad de acceder a puestos de trabajo porque existen problemas... Nos queda mucho camino por avanzar.

P: ¿Cómo han ido avanzando los objetivos firmados en el Pacto Social a nivel nacional?

R: Poco, muy poquito. Sinceramente, creemos que hay que darle un impulso, incluso a sabiendas de todo lo que está pasando. Se han conseguido cosas, como el acceso a la función pública a nivel nacional, un acuerdo del Consejo de Ministros, pero sigue habiendo algún problema en policías locales, autonómicas... Uno de los compromisos era hacer un análisis exhaustivo para ver qué hay que cambiar, más allá de lo que nosotros tenemos localizado hace tiempo. También quedan por desarrollar acciones de educación y formación, incluso hacia ciertos sectores, como el sanitario. O una encuesta social sobre el VIH, cambiar la normativa sobre poder portar armas... Son acciones concretas no muy ambiciosas. Hemos tenido que ir eliminando barreras, una a una, y es muy cansino. Hace poco, hasta tuvimos que pelear porque no se podían sacar el carné de manipulador de alimentos. Tuvimos que pedir que nos argumentaran el motivo. Ya lo decía Einstein, "es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio".

P: ¿Y a nivel autonómico?

R: Tenemos un proyecto para llevar el Pacto Social a las comunidades autónomas. Pero nos pasa lo de siempre: firmar documentos es muy fácil, dar declaraciones también, sumarse a iniciativas... pero luego hay que poner los recursos económicos, materiales y humanos, y si no se invierte todo se queda ahí. Soy consciente de la crisis que estamos viviendo, y de que no se ha perdido el interés, pero hace falta tomárselo en serio y hacer una inversión, por lo menos en cuanto a lo que se refiere a cambiar leyes, a establecer normativas protectoras, a formar a agentes clave... Luego, quedará el cambio social, pero eso es a más largo plazo.



HIBIC'20

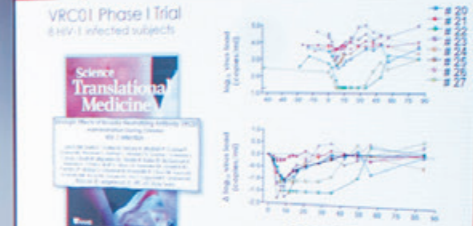
H



GILEAD



H I B I C
6ª EDICIÓN



«Hibic es un foro donde debatir directamente con los autores de las publicaciones más relevantes del último año, y pone de manifiesto la apuesta por la innovación y la formación médica continuada de Gilead. Tenemos un objetivo claro: conseguir transformar el cuidado de los pacientes para mejorar su calidad de vida»



MARÍA RÍOS,
VICEPRESIDENTA Y DIRECTORA
GENERAL DE GILEAD ESPAÑA

SUMARIO

- **¿Qué quiere decir HIBIC?** Hitos en Investigación Básica y Clínica en VIH y Sida.
- **¿Qué es HIBIC?** Una cita que cada año reúne en Madrid a los principales especialistas en VIH, nacionales e internacionales, convocados por Gilead con el objetivo de facilitar el intercambio de conocimiento. Cuenta con el patrocinio de GeSIDA y de la Red Española de Investigación en Sida (Retic-RIS).
- **¿Cuántas ediciones de la cita HIBIC se han celebrado?** En 2020 HIBIC cumplió su sexta edición. Más de 400 investigadores atendieron al evento. En las seis ediciones habidas, se han presentado, revisado y discutido 55 ponencias. Tres por bloque, aunque en 2020 el bloque de Ciencia Básica registró cuatro.
- **¿Qué contenidos ofrece HIBIC?** El evento se divide en tres grandes bloques: 1) Ciencia Básica y Traslacional; 2) Epidemiología, Prevención y Salud Pública; y 3) Ciencia Clínica. Un cuarto bloque, denominado Meet the Expert, se estrenó en 2019 con el fin de permitir que una serie de jóvenes investigadores españoles puedan acceder a los principales especialistas del mundo e interactuar con ellos.
- **¿Tendrá lugar HIBIC'21?** Es posible que, debido a la pandemia, el evento se posponga a 2022.

BLOQUE

1

COORDINADOR

José Alcamí:
«Tenemos nuestras esperanzas puestas en las vacunas de envueltas virales»

CIENCIA BÁSICA TRASLACIONAL



• **¿Cómo se desarrolló su bloque, el de la Ciencia Básica?** Es el bloque más difícil de valorar porque, dado el progreso de las técnicas de investigación, puede hacerse árido para un público en su mayoría del ámbito clínico. Por eso, en esta edición seleccionamos temas de interés también clínico, el desarrollo de vacunas, la recuperación inmunológica, los mecanismos de destrucción del virus por el sistema inmune. A los que trabajamos en ciencia básica nos gustó mucho y creo que la sesión plenaria de **Richard Koup** fue excepcional, por el interés del tema y porque es un gran divulgador.

• **Mencionaba usted antes del congreso que los dos grandes desafíos que se plantean hoy respecto del VIH son la vacuna preventiva y la curación. ¿En qué punto estamos?** Trabajando mucho. Siguen siendo los dos grandes desafíos científicos. Prevenir con una vacuna y curar definitivamente la infección. Yo diría que las estrategias de vacunas 2.0 han fracasado y que estamos en una nueva etapa. En curación, las estrategias iniciales de “shock and kill” no han dado resultados relevantes y estamos también en una nueva generación de ideas y abordajes.

• **¿Cuáles son ahora mismo los prototipos de vacuna más prometedores? ¿Hacia dónde se encaminan? ¿Cómo es esa nueva etapa?** Creo que hemos aprendido mucho de nuestros fracasos y, sobre todo, conocemos mucho mejor los mecanismos de escape del virus a la respuesta inmune. Esto nos ha permitido identificar talones de Aquiles en la envuelta viral, que son las nuevas dianas a alcanzar. En este contexto, las vacunas de envueltas virales modificadas para exponer esos puntos débiles son el abordaje en que tenemos puestas más esperanzas. Esto nos permitiría inducir anticuerpos lo suficientemente potentes para neutralizar un amplio espectro de variantes del VIH.

• **¿Manejan algún plazo realista u horizonte para contar con una o todavía es muy prematuro hablar de plazos?** Estamos todavía lejos. Es imposible poner plazos. Los primeros ensayos con estas vacunas 3.0 en humanos se están iniciando. El objetivo es que se induzcan anticuerpos neutralizantes de amplio espectro. Si se consigue, y eso lo sabremos en uno o dos años, se habrá dado un gran paso porque nunca se ha conseguido en humanos.

• **En curación, los avances han sido más modestos. ¿Por qué?** La curación hoy por hoy no es posible. Los casos aislados de pacientes transplantados por una leucemia que se curan —pacientes de Berlín y Londres— generan un gran ruido mediático y también falsas esperanzas porque es un

BLOQUE 1: LAS PONENCIAS

→ **Richard Koup:** ‘El uso de anticuerpos como prevención y tratamiento de la infección’. Subdirector del Research Vaccine Centre, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Estados Unidos.

“Koup planteó una estrategia muy interesante: si no tenemos una vacuna que induzca los buenos anticuerpos ¿por qué no suministrar los anticuerpos? Es posible identificar los “buenos anticuerpos”, producirlos en cantidades masivas y a un precio asequible. Pueden utilizarse como herramientas de curación en combinación con reactivadores del virus, pero también como estrategias de prevención, y hay dos grandes ensayos con miles de pacientes de alto riesgo que nos dirán si esta estrategia es apropiada”.

→ **Bette Korber:** ‘Los abordajes bioinformáticos para diseñar nuevas vacunas’. Investigadora de Los Alamos National Laboratory (Estados Unidos).

“Korber dirige el laboratorio de Los Alamos, que alberga el mayor banco de secuencias del VIH. A través del estudio de las variantes del virus y de su modelización, pueden generarse vacunas de nueva generación, identificar esos puntos débiles en la envuelta viral. Su charla fue fantástica, lo que ocurre es que el nivel fue tan alto que quizás no se apreció la importancia de los datos que comunicaba”.

→ **Marcus Altfeld:** ‘Los nuevos mecanismos de respuesta inmune frente al VIH mediado por células

NK efectoras’. Director del Departamento de Inmunología Vírica del Heinrich Pette Institute (Alemania).

“Altfeld nos planteó el papel de las células ‘natural killer’ en la defensa frente a infecciones virales, no sólo por VIH. Son mecanismos que están siendo re-estudiados porque existen células NK, que denominamos “educadas” o “entrenadas” que adquieren memoria y que son una inmunidad intermedia entre la innata y la adquirida, que puede jugar un papel más importante del que pensamos en el control de la replicación de distintos virus”.

→ **Asier Sáez-Cirión:** ‘El papel del metabolismo celular en la infección y respuesta al VIH’. Investigador del Instituto Pasteur (Francia).

“Sáez-Cirión analizó un aspecto poco estudiado, pero que está emergiendo como un aspecto central para comprender la replicación del VIH: el metabolismo de la célula infectada. Hemos estudiado siempre el grado de activación, los factores de transcripción, pero existe un sustrato más básico, que son las características metabólicas de las distintas subpoblaciones linfoides. Los trabajos de Asier y otros autores muestran que son elementos indispensables para que el virus replique o se mantenga latente, y permiten identificar nuevas dianas terapéuticas sobre las que actuar. Es un territorio en pleno descubrimiento.

escenario al que muy pocos pacientes —del orden de unas pocas decenas— pueden acceder. Yo siempre digo que la realidad no es mala, que el tratamiento antirretroviral ha alcanzado la situación ideal de una pastilla al día que mantiene al virus controlado y nos proporciona una calidad y una esperanza de vida excelentes. Yo veo la curación como un objetivo científico, pero no es una “urgencia” clínica.

❶ **¿Se están ensayando nuevos fármacos o estrategias?** Sí. Destacaría tres. Uno, combinar mecanismos de reactivación del virus con la estimulación del sistema inmune, por ejemplo con agonistas de TLRs, que son fármacos muy interesantes y el uso combinado de anticuerpos. Dos, el cambio de una estrategia de “reactivar” los virus latentes a mantenerlos controlados con fármacos como los compuestos anti-Tat y anti-latencia o los inhibidores de tirosin cinasas. Y tres, la aplicación de la tecnología CART cells que se utiliza en oncología para identificar y destruir las células infectadas. Estas estrategias están en estados muy preliminares, pero habrá que seguirlas con atención. Hoy, entendemos mucho mejor el reservorio viral, cómo se mantiene, y sabemos medirlo de manera mucho más precisa. Este aspecto metodológico es esencial para poder valorar la eficacia de estas estrategias.

❑ BOTTOM LINE

«Las vacunas de envueltas virales modificadas para exponer esos puntos débiles son el abordaje en que tenemos puestas más esperanzas. Esto nos permitiría inducir anticuerpos lo suficientemente potentes para neutralizar un amplio espectro de variantes del VIH.»

COORDINADOR

Santiago Moreno

«Diagnóstico precoz y PrEP son los dos pilares para controlar el VIH»

EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

❶ **¿Respondió el HIBIC 20 a las expectativas?** Sin duda. Los ponentes ponen empeño en sus presentaciones y su cuidadosa elección hace que el nivel de la reunión sea alto. Este año, el bloque de Epidemiología, Prevención y Salud Pública se centró en la prevención de la transmisión del VIH por diferentes vías en un intento de controlar la pandemia y llevarla a su final. Las tres ponentes hicieron un trabajo excelente y se acompañó de una discusión muy fructífera, con gran participación de los asistentes.

❷ **Diagnóstico precoz y PrEP como vías fundamentales para controlar el VIH. ¿Es necesario extenderlos al máximo?** Sí. Estos son los dos pilares en los que descansa el control de la pandemia del VIH. El diagnóstico precoz permite el inicio temprano del tratamiento antirretroviral para conseguir la carga viral indetectable y, con ello, la no transmisibilidad del virus. Mientras no consigamos tener diagnosticadas a todas las personas con VIH, se precisan medidas que eviten la transmisión inadvertida a personas susceptibles. Y eso es lo que consigue la PrEP. La combinación de un tratamiento precoz y la PrEP deben conseguir la ausencia de toda la transmisión.

❸ **Con la pandemia actual, ¿hasta qué punto se están poniendo en riesgo los objetivos de Onusida para el año 2030, ese 95-95-95-95 del que tanto se habla?** La pandemia ha supuesto un estancamiento en toda la actividad asistencial y, en gran medida, investigadora que no tuviera que ver con el SARS-CoV-2 y la COVID-19. Esperamos que este patrón sea transitorio



y que, cuando esto se controle, todo vuelva a la normalidad. En ese sentido, no veo problema en que podamos seguir aspirando al objetivo en los países ricos y espero que también en los que tienen menos recursos.

❹ **¿Cree que se han relajado de alguna manera las exigencias o el cuidado?** Espero que no. La asistencia de las personas con VIH se ha visto obligada a adaptarse a las circunstancias actuales y no hay datos que sugieran que eso ha tenido una repercusión negativa. Tendremos que esperar para saberlo. Por otro lado, han aparecido datos que indican que el confinamiento impuesto no ha supuesto una disminución de la actividad sexual, documentado a través de las citas mediante apps. Será interesante ver si eso se ha acompañado de una mayor incidencia de infección por VIH. Por el momento, no se ha detectado nada en ese sentido.

❺ **¿Quién o quiénes, y de qué manera, están viéndose más afectados por todo lo que supone la COVID-19?** Las personas con VIH no parecen tener una mayor facilidad para infectarse

BLOQUE 2: LAS PONENCIAS

→ **Alison Rodger:** ‘La ecuación indetectable=intrasmisible en todas las circunstancias. Institute for Global Health, University College London, Reino Unido.

“El estudio PARTNER y PARTNER-2 que presentó se ha convertido en un clásico de la medicina del VIH. Ha hecho historia. El estudio, aunque es observacional, demuestra de modo muy concluyente que en el seguimiento de parejas serodiscordantes hombre-mujer u hombre-hombre en los que el miembro infectado por VIH tenía carga viral indetectable no se produce ningún caso de transmisión aunque no se utilice preservativos e independientemente del riesgo que entrañe la práctica sexual. El número de parejas incluidas y el tiempo de seguimiento permiten es-

tablecer la afirmación de que indetectable=intrasmisible en todas las circunstancias. Es relevante por todo lo que implica a nivel epidemiológico y personal para las personas con VIH y sus parejas”.

→ **Catriona Waitt:** ‘La ausencia de transmisión del virus vía lactancia de madre a hijo’. Departamento de Farmacología Molecular y Clínica, University of Liverpool, Reino Unido.

“El tema de la transmisión del VIH a través de la leche materna es muy controvertido, y por este motivo invitamos a la doctora Waitt a que nos diera su impresión. Durante su presentación y en la discusión quedaron claros dos puntos. Por un lado, parece que el riesgo de

transmisión en una mujer con carga viral indetectable es muy bajo, pero no se puede ser tan contundente como en el caso de la transmisión sexual. Por tanto, parece sensato que, allá donde se pueda, se recomiende a las madres que den lactancia artificial a sus bebés para evitar ese bajo riesgo que pudiera existir de transmitir la infección. Por otro lado, se discutió que ese bajo riesgo pudiera no justificar renunciar a la lactancia materna por todos los beneficios que ésta reporta a madre y niño. Se concluye, por tanto, que en esta circunstancia particular lo más conveniente sea darle información a la madre para que pueda adoptar una decisión asesorada”.

→ **Kate Mitchell:** ‘La reducción significativa de nuevos casos’. Facultad de Medicina, School of Public Health, Imperial College London, Reino Unido.

“La doctora Mitchell presentó un modelo matemático en el que evalúa la posibilidad de eliminar los nuevos casos de infección en una determinada región. Ella hace su modelo con los datos en Baltimore. La conclusión es más bien desalentadora: es muy improbable, dice, que cualquiera que sean las medidas que se adopten es improbable que deje de haber nuevos casos de infección para 2050. Parece que tendremos que esperar a nuevas estrategias para conseguir este ambicioso objetivo”.

por SARS-CoV-2 que las personas sin VIH, y en caso de infectarse no parecen tener enfermedad más grave. Por tanto, sólo las personas que tienen más edad o más comorbilidades asociadas tendrían mayor afectación por la COVID-19.

❶ **¿Qué aspectos relacionados con el VIH le preocupan más ante esta situación y qué recomienda?** Durante un tiempo, temimos que las medidas de confinamiento y el temor que muchas personas con VIH tenían a infectarse pudieran influir en que no recogieran medicación o descuidaran su atención. Pero este no fue el caso. Se puso en marcha la telefarmacia y los pacientes pudieron recibir en su casa la medicación para no interrumpir el tratamiento. Pudo haber problema con los pacientes de nuevo diagnóstico que tenían peor acceso a los hospitales. En muchos hospitales hemos cuidado que el control de estas personas no se viera interrumpido por la COVID-19 y pudieran iniciar el tratamiento antirretroviral.

☑ **BOTTOM LINE**
«Han aparecido datos que indican que el confinamiento impuesto no ha supuesto una disminución de la actividad sexual, documentado a través de las citas mediante apps. Será interesante ver si eso se ha acompañado de una mayor incidencia de infección por VIH. Por el momento, no se ha detectado nada en ese sentido»

COORDINADOR

José Ramón Arribas

«La COVID-19 no nos permite hacer balance del primer año de PrEP en España»

CIENCIA CLÍNICA

❶ **Después de un año, ¿qué primer balance se puede hacer de la entrada en vigor 'legal' de la PrEP?** Todavía es pronto para hacer un balance por dos motivos. Primero, porque la implantación ha sido muy diversa en España, con diferentes modelos de implementación. Y, segundo, porque la pandemia de COVID-19 ha interferido con el despliegue de esta estrategia. La verdadera "prueba del nueve" será ver si en la próxima actualización podemos relacionar el inicio de la PrEP con la disminución del número de diagnósticos de VIH.

❷ **Algunos temores que había, ¿se han cumplido o se han desmentido? Es decir, su empleo tiene unos beneficios indudables, pero también puede conllevar riesgos. ¿Se ha registrado un aumento de ITS? ¿Hay datos al respecto? ¿Tiene que ver el aumento de ITS directamente con la PrEP?** Son preguntas muy interesantes, pero, como he mencionado antes, aún es pronto para hacer esta evaluación, especialmente por el impacto que ha tenido la pandemia, que ha dificultado considerablemente el seguimiento y el inicio de las personas que reciben PrEP.

❸ **Invitaron a tres científicos australianos: Grulich, Traeger y Chow. Traeger señala que un programa de PrEP en el fondo es una oportunidad para hacer diagnósticos más precoces de ITS. ¿Hay datos que lo avalan? ¿En Australia igual que en España?** Sí, sin duda, la PrEP es una gran oportunidad para hacer cribado de ITS. Hay que recordar que algunas ITS cursan de forma asintomática y sólo el cribado proactivo es capaz de detectarlas. Ésta es una de las ganancias secundarias importantes de la PrEP. ❹ **Dice que, a diferencia del VIH, las ITS son curables. ¿Se**



entiende por tanto que vale la pena el riesgo de un aumento de las ITS entre usuarios de la PrEP? ¿Es posible incidir en una mayor conciencia entre los HSH que usan PrEP? ¿Cómo? ¿Cuál es la dificultad para inculcar esto? La PrEP no se entiende sin una aproximación global a la salud sexual que incluye educación en prácticas seguras, cribado de ITS y adherencia al régimen PrEP. Hay que entender que la PrEP no es una "bala mágica" que por sí misma va a acabar con la epidemia. La PrEP también sirve para que más personas se sientan más motivadas a hacerse la prueba de VIH. Con los dos resultados posibles, hay una "ganancia" para la persona. Si el resultado es positivo, podemos hacer tratamiento precoz; si es negativo, podemos iniciar PrEP.

❺ **La investigación de Grulich subraya que la implantación rápida de un programa de PrEP en un área que ha alcanzado, por ejemplo, el objetivo 90-90-90 se traduce en una reducción de los diagnósticos de nuevos casos. ¿Qué conclusiones se pueden sacar de todo esto y cómo se pueden extrapolar a nuestro país?** Australia es un país modélico en cuanto al control de su epidemia

por VIH. Es de los países que más test hace y en el que la PrEP se ha implantado de forma más decidida gracias a un liderazgo político fuerte. El trabajo de Grulich avala que, incluso habiendo conseguido el objetivo 90-90-90 gracias a intervenciones como la PrEP, podemos aspirar a más. Realmente lo que queremos es el 100-100-100.

❻ **¿Cuál fue la aportación específica de Eric Chow? También él ha investigado en HSH, en hombres que tienen sexo con hombres con riesgo de contraer el VIH...** El doctor Chow hizo una gran revisión sobre la epidemiología de las ITS, los cambios en las conductas sexuales, el impacto de las drogas recreacionales, las apps de citas y todas las intervenciones destinadas a prevenir ITS en HSH: profilaxis con doxiciclina (muy discutida), lavados bucales, vacunas...

☑ **BOTTOM LINE**
«La PrEP también sirve para que más personas se sientan más motivadas a hacerse la prueba»

MEET THE EXPERT



COORDINADOR

Josep Maria Llibre

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

❶ **Un año más, 'Meet the Expert' ha permitido poner en contacto a investigadores de talla mundial con investigadores jóvenes de nuestro país. ¿Qué balance hace de la experiencia?** Los jóvenes investigadores locales pueden presentar aquí sus proyectos de investigación. Algunos son propuestas avanzadas, otros han iniciado ya su implementación. Pero no sólo se trata de



aportar ideas que puedan mejorar los proyectos o abordar dificultades con las que los investigadores se van a encontrar después sino, sobre todo, establecer contacto con grupos referentes internacionales que pueden tener interés en un futuro inmediato. Como siempre, los invitados internacionales se sorprendieron del nivel de los proyectos presentados. El balance final es muy positivo. Se trata de un 'win-win', y esto hay que celebrarlo.

❶ ¿Mencionaría alguna novedad, alguna anécdota, algún proyecto, alguna conversación, algún contacto... especialmente relevante o que valiera la pena destacar? Sorprendentemente, algunos investigadores tienen pudor o un gran respeto a presentar sus proyectos en un foro especializado, con referentes internacionales. En ocasiones, tienden a declinar o a dudar sobre su presentación por creer que puede no tener el interés o el rigor científico suficientes para ser presentados en común en una reunión de pequeño formato tan especializada. En realidad, la gran mayoría de los proyectos presentados son atractivos y despiertan una discusión fructífera. Este es otro objetivo del 'Meet-the-Expert': perder ese miedo escénico.

❷ El año pasado se refería a los recortes sufridos en España en los últimos años y lamentaba que afectaban o ponían en riesgo la continuidad de equipos de investigación, proyectos... Este año, con la pandemia, la situación puede agravarse. Si algo nos ha enseñado la pandemia de COVID-19 es el enorme interés que tiene para una sociedad o un país la inversión en investigación y desarrollo, especialmente en ciencia médica. Se requieren plantillas estables que tengan garantizada su continuidad y permitan afrontar proyectos a medio-largo plazo con garantías. En España tenemos una enorme oferta de talento en investigación básica y aplicada en medicina. Nuestros investigadores se sitúan entre los mejores a nivel mundial. Prueba de ello es la facilidad con que se marchan al extranjero, a equipos punteros que intentan retenerlos para sí. Por suerte, añoran su tierra natal y tienen tendencia

a volver. Si no, los perderíamos para siempre, pues en los países que invierten en investigación son valorados y remunerados acorde a su capacitación. Allí se les ofrece, además, infraestructura y progresión en sus carreras científicas. No pueden estar dependiendo de becas a uno o dos años sino tener contratos estables y equipos fijos que permitan dar continuidad a sus proyectos y afrontar desafíos de mayor nivel. Sucede exactamente lo mismo con la investigación clínica aplicada: se requiere mayor colaboración con las universidades y la industria.

❸ ¿Se ha notado un impacto de la pandemia en la investigación de VIH al 'desviarse' recursos y atención hacia el COVID-19, que prácticamente lo acapara todo? Con toda seguridad, y me parece muy razonable y comprensible. No sólo los recursos económicos sino los propios investigadores centrados en VIH se han incorporado al campo COVID, que es una verdadera emergencia a nivel mundial. Primero, más tímidamente; ahora, ya con un compromiso mucho más completo. El impacto es máximo en aquellos que desarrollan vacunas o fármacos, pero también en los campos de la virología, la inmunología, y la investigación clínica. Existe una verdadera avalancha de ensayos clínicos de tratamiento en COVID-19 (tanto con antivirales como con inmunomoduladores) y de administración de vacunas. Esto ocupa personal de ensayos clínicos que antes se dedicaba al VIH. Por otra parte, la pandemia ha dificultado o incluso interrumpido algunos ensayos clínicos que estaban en curso en el campo del VIH. Nos vamos adaptando como podemos.

❹ **BOTTOM LINE**
«Nuestros investigadores se sitúan entre los mejores a nivel mundial. Prueba de ello es la facilidad con que se marchan al extranjero, a equipos punteros que intentan retenerlos para sí»



MEJOR PUBLICACIÓN EUROPEA

Por segundo año consecutivo, 'Revihsta', editada por Gilead Sciences, ha obtenido el premio a la mejor publicación europea en el apartado de Responsabilidad Social Corporativa, compartido con la memoria anual de la fundación alemana Stiftung. A la convocatoria de los European Publishing Awards se presentaron 250 trabajos de todo el continente y entre ellos destacó el número 4 de 'Revihsta'. La entrega del galardón iba a tener lugar en Viena el pasado 26 de abril, pero la ceremonia tuvo que posponerse a 2021 debido a la pandemia.



REVIHSTA #4
 Diciembre 2019

WWW.PUBLISHING-CONGRESS.COM/AWARDS/?LANG=EN

REVISTA



PORTADA: ERREA COMUNICACIÓN. EDITA: GILEAD SCIENCES, S.L.U. COORDINACIÓN: JOSÉ RAMÓN ARRIBAS.
REDACCIÓN, DISEÑO, INFOGRAFÍA Y FOTOGRAFÍA: ERREA COMUNICACIÓN. ILUSTRACIONES: ISTOCK.