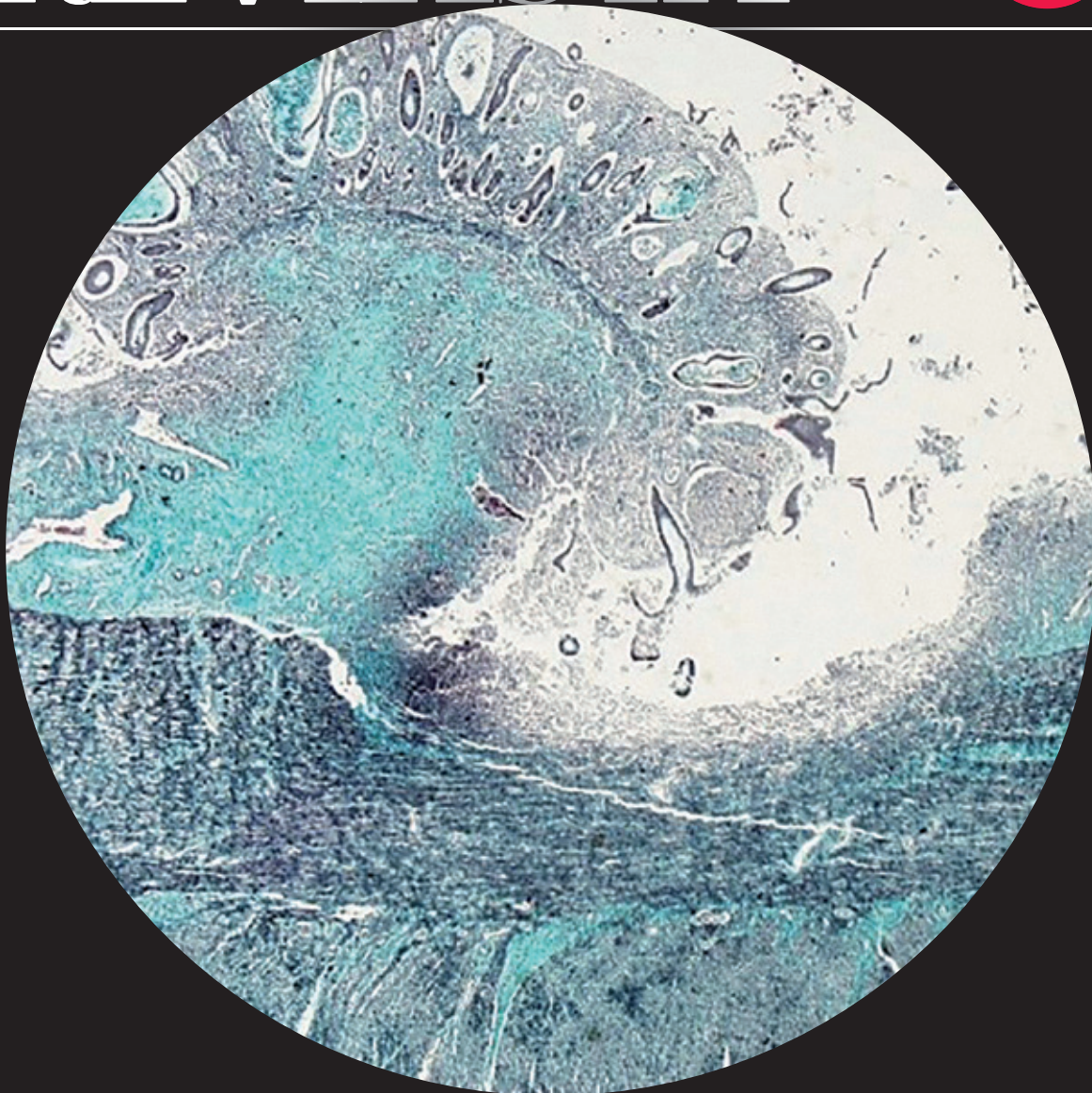


REVIHSTA

#3



VIH: Nuevos horizontes

Avances AIDS 2018 | De la prevención a la cura | I+D+I española contra el VIH | **Retos** Encuestas de percepción 'Is HIV Sorted?' | VIH visto desde los tejidos | **Data** El VIH en España y el mundo | Arte y VIH **Pacientes** Cronicidad=nuevo modelo asistencial | **El otro VIH** Pequeños hospitales, enfermería, inmigrantes, sanidad privada... | **Entrevistas** Vicente Estrada, Jorge del Romero | **HIBIC'18** Bruce Walker | José Alcamí, Santiago Moreno, y José R. Arribas presentan las ponencias | 'Meet-the-Expert'



Avances

AIDS 2018 08

Entrevista a Vicente Estrada 14

De la prevención a la cura 18

I+D+I: Becas Gilead 20



Retos

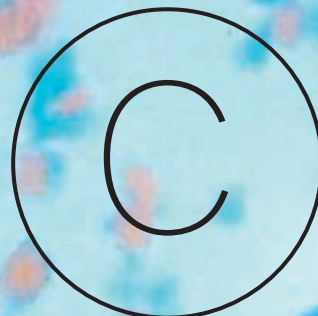
Encuestas de percepción 24

VIH desde los tejidos 30

Los datos del VIH en España 34

Los datos del VIH en el mundo 38

Impacto del VIH en el arte 42



Pacientes

Nuevo perfil del paciente 50

Entrevista a Jorge del Romero 52

El otro VIH: pequeños hospitales 56

El otro VIH: enfermería 59

El otro VIH: inmigrantes con VIH 61

El otro VIH: sanidad privada 63

Querido lector:

Es para mí una enorme satisfacción tener la oportunidad de utilizar esta tribuna, en su tercera edición, para continuar fomentando una discusión abierta y sincera sobre los principales retos del VIH en nuestro país. Como todos los años, a principios de diciembre se hicieron públicos los datos del Informe de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y pudimos ver que en 2017 se produjeron 3.381 nuevas infecciones, lo que supone casi diez al día.

Más allá de las cifras, que se han mantenido estables durante los últimos diez años, hay algunos aspectos que merecen una profunda reflexión por nuestra parte. Por un lado, que el 50% de los nuevos casos fue un diagnóstico tardío; por otro, que todavía casi un 20% de las personas con VIH desconoce que tiene el virus. Estas cifras hacen más complicado el control del VIH en nuestro país, ya que sin el diagnóstico no se inicia el tratamiento, que, a día de hoy, es la única forma de reducir la carga viral y controlar la infección. De hecho, numerosos estudios indican que la mortalidad de los pacientes diagnosticados de forma tardía es cinco veces superior y que las personas desconocedoras de ser portadores del virus son las que causan la mayor parte de las nuevas infecciones.

La publicación de estos datos ha servido para que los expertos alerten de la necesidad de una estrategia integral que implique a todos: médicos, pacientes, pagadores, autoridades e industria. En Gilead, estamos orgullosos de poder decir que en nuestro país hemos puesto en marcha diferentes iniciativas que abarcan desde la prevención hasta la curación, y que nuestro compromiso es continuar apoyando la investigación en todas las áreas que puedan contribuir a reforzar el control de esta enfermedad.

Así, es para mí una satisfacción poder compartir dos ejemplos de acuerdos de colaboración que hemos establecido en España. Uno de ellos, con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para el estudio de la estrategia de implementación de la profilaxis pre-exposición (PrEP) en nuestro sistema sanitario. El otro, con Aelix, una compañía biotecnológica española, para un estudio de búsqueda de la

cura funcional de la infección por el VIH. Se trata de dos iniciativas importantes en el campo de la prevención y de la curación del VIH, y un ejemplo más de nuestro compromiso con esta infección y con la investigación en nuestro país.

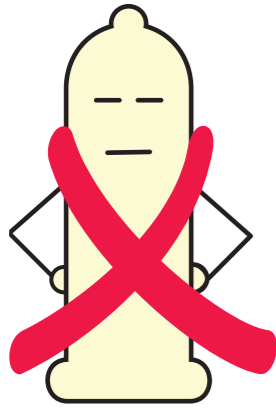
Por último, en Gilead creemos que es importante trabajar no sólo en los aspectos médicos del VIH sino también en los sociales, en especial en lo que se refiere a la reducción del estigma. A pesar de los innegables avances conseguidos en los últimos años, todavía sigue habiendo muchas personas con VIH que no se atreven a declarar su estado. Por ello, iniciativas como el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH son un importante paso adelante y deben hacernos sentir orgullosos de vivir en un país que muestra una voluntad firme de seguir mejorando aspectos tan relevantes para la vida de las personas con VIH.



María Río

Vicepresidenta y Directora
General de Gilead en España.





3.381 nuevos casos de VIH diagnosticados

Motivos para no ser complacientes

Otra vez casi 4.000 casos nuevos de VIH diagnosticados en tan solo un año en España. Prácticamente, la misma incidencia que en los últimos cinco años. ¿Qué hace falta para cambiar el curso de nuestra epidemia? ¿Hay que aceptar como inevitable la situación actual o podemos aspirar a más? Por supuesto, España tiene que aspirar a más, en este caso —mejor dicho— a menos, a muchas menos infecciones por un virus prevenible.

El pasado mes de noviembre se hicieron públicos los resultados del Informe sobre Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España, correspondiente al año 2017. Durante ese año se notificaron 3.381 nuevos diagnósticos de VIH. Cuando esta cifra se corrija por el retraso de notificación, se estima que la tasa de incidencia será de 8,82 por 100.000 habitantes. En noviembre también se han conocido los datos europeos. En Europa Occidental, el ECDC estima que la tasa de incidencia —cuando igualmente corrijan por el retraso diagnóstico— será de 6,9 por 100.000 habitantes. **Primer motivo para no ser complacientes: la incidencia**

de infección por VIH sigue siendo más alta en España que la media de nuestros vecinos europeos.

En España, los nuevos diagnósticos ocurrieron fundamentalmente en hombres (84,6%) con una mediana de edad de 35 años. El mecanismo de transmisión más frecuente fue el de hombres que tienen sexo con hombres (54,3%), seguido del sexo heterosexual (28,2%). El 47,8% de los nuevos diagnósticos, con información sobre el valor de CD4, presentó diagnóstico tardío (menor de 350 células/ μ L). Estos datos son muy similares a los de otros países de Europa Occidental: los hombres que tienen sexo con hombres representan un 51% de los nuevos casos con mecanismo de transmisión conocido y el 48% tenía presentación tardía. La transmisión por uso de drogas intravenosas es también muy parecida en España y el resto de los países de Europa Occidental, alrededor del 3%. **Segundo motivo para no ser complacientes: en España, al igual que en el resto de Europa Occidental, seguimos diagnosticando tarde casi a la mitad de las personas infectadas por el VIH.**

Una de las preguntas más importantes del informe es ésta: ¿estamos avanzando?, es decir, ¿está disminuyendo la

incidencia? En España, considerando el período 2009-2017, la tendencia global es —cito textualmente— “ligeramente descendente”. En el año 2013, el primero en el que el informe pudo recoger los datos del 100% de la población, se diagnosticaron 4.342 nuevos casos de VIH, lo que representaba una tasa de 9,32 por 100.000 habitantes. **Tercer motivo para no ser complacientes: la reducción del número de nuevos casos de VIH en estos últimos cuatro años es muy pequeña.**

El informe deja claro que la incidencia sí ha caído en casos debidos a transmisión heterosexual y al uso de drogas por vía parenteral. En los hombres que tienen sexo con hombres, la tendencia es menos clara: en el período 2013-2017 hubo un cambio en la tasa de incidencia de aproximadamente un 11 por 100.000 a un 10 por 100.000. Esta disminución es incluso menor en los hombres que tienen sexo con hombres no nacidos en España. **Cuarto motivo para no ser complacientes: los avances son menores en los hombres que tienen sexo con hombres y la situación es aún peor en colectivos vulnerables como el de los inmigrantes.**

¿Qué podemos hacer para intentar disminuir mucho más que “ligeramente”

la incidencia de nuevos casos de infección por VIH en España? Sabemos que no hay una sola bala mágica que, por sí sola, resulte eficaz, pero sí conocemos que combinando múltiples intervenciones podemos cambiar el curso de la epidemia. Tenemos a nuestra disposición una verdadera caja de herramientas útiles para prevenir la infección por el VIH.

1 Mejorar las campañas de información y de educación. La infección por el VIH casi ha desaparecido de los medios de comunicación. Una gran parte de la población, especialmente los jóvenes, no conoce con precisión los mecanismos de transmisión o las medidas de prevención disponibles en 2019. No hay que olvidar que la incidencia más alta de nuevos diagnósticos en España durante 2017 se produjo en hombres que tienen sexo con hombres de entre 25 y 34 años. Estudios recientes han encontrado que aún hay jóvenes que piensan que el VIH se puede transmitir por una picadura de mosquito o compartiendo lavabos. Es necesario que desde la escuela mejoremos la educación sobre sexualidad, incluyendo las conductas que reducen el riesgo de adquirir VIH y el empleo de medidas de protección eficaces como el preservativo.

2 Diagnosticar la infección en las personas que aún no conocen que están infectadas. O, dicho de otra forma, aflorar las infecciones por VIH ocultas. La infección por VIH no conocida es una fuente muy relevante de nuevas infecciones. Tenemos que hacer más pruebas diagnósticas. Los primeros, nosotros, los médicos. Hay que recordar que diversos estudios sobre “oportunidades perdidas” en el diagnóstico de la infección por VIH han mostrado que casi el 50% de los casos nuevos ha tenido un contacto previo con el sistema sanitario durante el año anterior. Este dato nos tie-

ne que hacer reflexionar continuamente sobre nuestro grado de responsabilidad como profesionales en el control de la epidemia.

3 Luchar —qué triste tener que decir esto aún después de treinta años de epidemia— contra el estigma que aún se asocia a la infección por el VIH. El miedo a ser rechazado por los demás es otro de los motivos por los que no se hacen suficientes pruebas diagnósticas. Nadie debería sentir el rechazo de sus familiares, amigos o compañeros de trabajo por su condición de seropositivo. En este sentido, iniciativas recientes como el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH, impulsado desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida, son muy necesarias.

4 Tratar a todas las personas infectadas. “Indetectable = Intransmisible”. El tratamiento como prevención es una de las estrategias que ya se han mostrado eficaces en diversas áreas geográficas. Uno de los mensajes más atractivos sobre el tratamiento antirretroviral es que, si se alcanza la supresión virológica, la persona deja de ser transmisora de VIH. Hay ejemplos elocuentes como el de British Columbia, en Canadá, que ha comunicado reiteradamente cómo un aumento del porcentaje de personas con VIH tratadas y virológicamente suprimidas se asocia con una disminución de la incidencia de nuevos casos. En España tenemos un sistema sanitario accesible y unidades de atención a pacientes VIH de alta calidad científico-técnica. Es preciso que incluso los colectivos más vulnerables como los inmigrantes puedan ser tratados y atendidos en estas unidades. Es importante también resaltar que el 36,1% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en España en 2017 se correspondió a personas originarias de otros países. No

podemos aspirar a controlar la epidemia en España sin tener en cuenta a la población emigrante, que, por cierto, se suele infectar aquí, no en sus países de origen.

5 La profilaxis pre-exposición. La PrEP es otra medida eficaz para evitar nuevas infecciones. Un estudio reciente de los CDC americanos ha documentado por primera vez una caída de las nuevas infecciones por VIH que se correlaciona geográficamente con los lugares donde se emplea la PrEP con mayor frecuencia. En los lugares con menor uso de PrEP los nuevos casos de infección por VIH aumentaron un 0,9%, mientras que en las regiones con mayor uso de PrEP la incidencia de nuevos casos disminuyó un 4,7%.

En resumen, los datos del último informe epidemiológico sobre VIH en España no invitan a la complacencia. Al contrario, hay que renovar el impulso para implantar la combinación de medidas que en su conjunto son eficaces para cambiar el curso de la epidemia

«Aún hay jóvenes que piensan que el VIH se puede transmitir por una picadura de mosquito o compartiendo lavabos»



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.



Avances
y actualidad



FOR THE
37 MILLION
UNTIL IT IS

ZERO



POSITIVE FLAME MARCH | © MARTEN VAN DIJL / IAS

AIDS 2018 EN DIEZ CLAVES

16.000 personas de 160 países, entre ellos 800 periodistas, se dieron cita en julio en la 22ª Conferencia Internacional sobre el Sida, el congreso más importante del mundo, que tuvo lugar en Amsterdam

ALARMANTE DESCENSO DE LA FINANCIACIÓN

1 “Si no suben las aportaciones de los donantes, los logros de las últimas décadas pueden quedar en nada”, dijo **Linda-Gail Bekker**, presidenta de la Sociedad Internacional del Sida (en inglés IAS), organizadora del congreso. Se viven tiempos de recortes presupuestarios. La financiación ha caído, y eso repercute decisivamente en la consecución de los objetivos marcados. Más de la mitad de los países donantes disminuyó sus compromisos contra el VIH en 2017, alcanzándose el nivel más bajo desde 2010. Onusida advierte que hay una brecha del 20% (unos 6.000 millones de dólares) entre los recursos necesarios y los disponibles por culpa de los recortes. Una reducción del 20% de la financiación sería “catastrófica” para los 44 países que necesitan de fondos para poder afrontar sus planes nacionales. “No podemos permitirnos reducir la ayuda internacional”, dijo **Michel Sidibé**, su director ejecutivo. 250 organizaciones exigieron respuestas a los países más ricos. Coalition Plus, una de ellas, les reclamó casi 18.000 millones de dólares para el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. “La situación en España también es de relajación”, apuntó **Toni Poveda**, gerente de Cesida. Lo cierto es que el asunto económico fue un clamor en los pasillos de Amsterdam: “No estamos en la buena senda”.

GUERRA AL ESTIGMA Y A LA DISCRIMINACIÓN

2 “Fui la primera personalidad pública que se declaró gay en mi región (Egipto). Sufrí insultos y amenazas de muerte”, dijo en la inauguración **Omar Sharif Jr**, nieto del que fue célebre actor. **Peter Reiss**, presidente local del congreso, añadió: “Es tan necesaria una vacuna contra el virus como contra el estigma que produce”. Con este objetivo se presentó la campaña ‘Nadie’: que nadie “desaparezca” de la lucha contra el sida. 2018 fue definitivamente el año en el que la lucha contra el VIH abordó de frente el problema de la discriminación y lo convirtió en prioridad total. Los colectivos más vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres, transexuales, presos, trabajadores sexuales, adictos a drogas) representan un pequeño porcentaje de la población, pero acumulan un 45% de las nuevas infecciones en el mundo. Presentan grandes dificultades para acceder a los servicios básicos de salud y prevención. La legislación criminalizadora de más de 70 países —sobre todo, en lo que se refiere a drogas y homosexualidad— no sólo dificulta la lucha contra la enfermedad sino que la fomenta. Veinte de los principales investigadores del mundo solicitaron a los gobiernos que no criminalicen conductas como ocultar que se porta el virus. “Es fundamental que la gente sepa que una persona que ya está en tratamiento no puede transmitir el VIH”, reivindicó contra los prejuicios y el estigma **María José Fuster**, gerente de Seisida. “Me pone enfermo tener que venir a hablar aquí cada dos años y repetir las mismas palabras. Es frustrante. Esta enfermedad podría ser eliminada, pero mientras pensemos que la gente LGTBI es diferente, seguiremos aquí sentados dentro de veinte años”, bramó el cantante **Elton John**.



AIDS'2018 LOGO | © IAS

PrEP DIGITAL PARA CONTROLAR LA ADHERENCIA

3 Sobre la adherencia, un informe de la Universidad de California en San Diego presentó la llamada PrEP digital, que facilita el control médico del paciente, es decir, saber si éste se toma o no sus pastillas. La PrEP digital consiste en la pastilla habitual, a la que se añade una combinación de minerales que, cuando llega al estómago, produce una reacción electrolítica que detecta un sensor adosado al cuerpo. Este sensor transmite los datos al centro sanitario.

NIÑAS Y ADOLESCENTES, COLECTIVOS MÁS AFECTADOS

4 Cada tres minutos una niña o un adolescente contraen el VIH, según el estudio 'Women at the Heart of the HIV response for Children', presentado en el congreso. Unicef subraya que los adolescentes son el colectivo más afectado por el VIH. En 2017 130.000 niños, niñas y menores de 19 años murieron por sida y 430.000 — cincuenta por hora — contrajeron la infección.

Otro estudio reveló que cada hora se infectan en el mundo treinta adolescentes de entre 15 a 19 años; veinte de ellos son niñas. Desde 2010 la mortalidad por VIH/sida ha disminuido en todos los grupos de edad salvo en éste. Al parecer, las relaciones sexuales precoces o forzadas, incluidas con hombres mayores, la pobreza y la falta de acceso a servicios confidenciales de asesoramiento y a pruebas de detección son los factores que explican estos datos. "Se trata tanto de una crisis de salud como de capacidad para actuar", se lamentó **Henrietta Fore**, directora ejecutiva de Unicef.

BYE BYE STIGMA | © STEVE FORREST/WORKERS' PHOTOS/ IAS



«ME PONE ENFERMO TENER QUE VENIR A HABLAR AQUÍ CADA DOS AÑOS Y REPETIR LAS MISMAS PALABRAS. ES FRUSTRANTE. ESTA ENFERMEDAD PODRÍA SER ELIMINADA, PERO MIENTRAS PENSEMOS QUE LA GENTE LGTBI ES DIFERENTE, SEGUIREMOS AQUÍ SENTADOS DENTRO DE VEINTE AÑOS»

ELTON JOHN. CANTANTE



© MARTEN VAN DIJL / IAS

NO TODO ES VIH

6 En Amsterdam se destacó la necesidad de abordar no sólo el VIH sino también las necesidades integrales de salud y bienestar de los infectados. "Realmente, no ayudamos a un niño si lo tratamos para el VIH, pero no lo vacunamos contra el sarampión. No ayudamos a un homosexual si le damos la PrEP pero dejamos sin tratar su depresión. O no ayudamos a una trabajadora sexual si le hacemos la prueba del VIH pero no un examen de detección de cáncer", ejemplificó **Tedros Ghebreyesus**, director general de la OMS. En AIDS 2018 se pusieron en valor los programas que integran el diagnóstico y el tratamiento del VIH en coordinación con la hepatitis, la hipertensión, la diabetes y cualquier otra comorbilidad.

ALARMA EN EUROPA DEL ESTE Y ASIA CENTRAL

5 La situación en estos países es desastrosa. A diferencia del resto del planeta, donde la tendencia general es a la baja, las nuevas infecciones han crecido un 57% entre 2010 y 2015. El 97% (frente al 47% de media en el mundo) de esas nuevas infecciones corresponde a colectivos vulnerables. Sólo las personas que se inyectan drogas suman el 33% de los casos. Más de la mitad de los infectados no conoce su situación. Preocupa, sobre todo, el segundo 90 del triple objetivo de la ONU: sólo un 36% de los 1,4 millones de personas infectadas tiene acceso al tratamiento. 'Chase the virus, not people' es una campaña que se ha puesto en marcha en 29 países de Europa del Este y Asia Central para denunciar la situación que padecen las personas que viven con VIH. **Natalia Podogova**, coordinadora de la campaña, asegura que el estigma y la discriminación están condicionando todo en esta zona, donde los sistemas legales criminalizan la no divulgación, exposición o transmisión del VIH. "Estos datos reflejan muchas cosas, pero sobre todo una falta terrible de compromiso de los gobiernos", acusa **Vanessa López**, directora de Salud por Derecho.

PREVENCIÓN

7 La mayor parte de los estudios continúa analizando la profilaxis preexposición (PrEP), mencionada expresamente en el informe de Onusida. La PrEP sigue acumulando evidencias positivas. **Jean-Michel Molina**, de la agencia francesa de investigación sobre el sida, aseguró que las personas que siguen esta medicación a diario están igual de protegidas que las que lo hacen sólo a demanda, cuando van a tener relaciones. Otro trabajo, Partner 2, sobre una muestra de mil gays, fue presentado por **Alison Rodger**, del Imperial College de Londres, y aporta más evidencia de que indetectable es igual a intransmisible. Con todo, Michel Sidibé habló de una "crisis de prevención" y de que el ritmo actual de ampliación de iniciativas de prevención probadas es demasiado lento. "Los servicios de prevención no están habilitados de manera adecuada para atender a quienes más lo necesitan. La aceptación del preservativo, la circuncisión masculina médica voluntaria y la PrEP deben ser aumentadas masivamente", añadió.

EL MOVIMIENTO #METOO BENEFICIA A LA LUCHA CONTRA EL VIH

El 35% de las mujeres ha sido víctima de la llamada violencia de género. Esta violencia hace que muchas de ellas no revelen que son portadoras del virus a sus parejas, familia o profesionales sanitarios, lo que limita gravemente sus oportunidades de recibir apoyo y tratamiento. “Hay una relación muy clara entre esta violencia y el riesgo de contraer el VIH. Tenemos que aprovechar la ola del #MeToo para revisar cuestiones de discriminación, violencia y marginación de las mujeres. No podemos ganar a esta epidemia si seguimos con la actual tasa de violencia machista”, reconoció Michel Sidibé. Todos los expertos coinciden en señalar este vínculo. Los datos de 2017 ofrecidos por Onusida son elocuentes: cada semana 7.000 mujeres jóvenes de entre 15 a 24 años son infectadas con el virus. Las mujeres de esa edad son dos veces más susceptibles que los hombres de padecer VIH. Para la ONU, es imperativo que la educación sexual forme parte del programa lectivo en las escuelas. “Tenemos que fomentar el empoderamiento de niñas y mujeres, y la educación es la mejor vía para lograrlo”, añade **Ange-lique Kidjo**, embajadora de Buena Voluntad de Unicef.

«**QUEREMOS LANZAR LA ALARMA. REGIONES ENTERAS SE ESTÁN QUEDANDO RETRASADAS. LOS ENORMES AVANCES QUE HEMOS LOGRADO CON LOS NIÑOS NO SE ESTÁN MANTENIENDO. LAS MUJERES SON LAS MÁS AFECTADAS. LOS RECURSOS SIGUEN SIN ESTAR A LA ALTURA DE LOS COMPROMISOS POLÍTICOS. POBLACIONES CLAVE SIGUEN SIENDO IGNORADAS. TODO ESTO ESTÁ FRENANDO EL AVANCE Y DEBE SER ATENDIDO CON URGENCIA**»

MICHEL SIDIBÉ, DIRECTOR EJECUTIVO DE ONUSIDA



GLOBAL VILLAGE OPENING | © MATTHIJS IMMINK/IAS



TODAVÍA SIN VACUNA... NI CURA

La cura del VIH se resiste. La eficacia de los tratamientos antirretrovirales actuales, que consiguen la supresión viral y permiten una buena calidad de vida a los pacientes, ha rebajado la urgencia anterior sobre la vacuna. Pero, para todos, la vacuna sigue siendo la gran esperanza. Hay varias líneas de investigación abiertas. Aunque el VIH es posiblemente uno de los virus más estudiados de la historia, la dificultad para combatirlo y erradicarlo estriba en su variabilidad: no existe sólo un tipo de virus sino millones de variantes. **Un amplio ensayo con 2.600 mujeres jóvenes de África del Sur prueba precisamente con un mosaico de secuencias de antígenos optimizados informáticamente para ampliar la respuesta inmune, en palabras de Dan Barouch, profesor de Medicina de la Universidad de Harvard y ponente en Hibic'18.**

UN CONGRESO CON SELLO JOVEN

Los jóvenes fueron, sin duda, los protagonistas de la cita. Amsterdam reunió a más menores de 30 años y otorgó más becas que ninguna otra conferencia anterior. Un tercio de las 3.000 presentaciones registradas llevaron su firma. La mayoría de ellas exigía estrategias innovadoras para superar las barreras que impiden a los jóvenes el acceso a la prevención y los tratamientos.



Gilead, presente en Amsterdam

- Se presentaron más de **40 abstracts** sobre sus medicamentos contra el VIH.
- **'Is HIV Sorted?'** Gilead presentó los resultados de una macroencuesta a 24.000 personas de doce países europeos sobre el impacto del estigma en la consecución del objetivo 90-90-90 fijado por la ONU.
- **Together, We Can Stop the Virus.** ¿Cómo alcanzar el restante 10-10-10? Simposio moderado por Anne Aslett, de la Fundación Elton John, para explorar éxitos y barreras a la hora de alcanzar el triple objetivo 90-90-90. Impulsada por Gilead, la plataforma 'Together, we can ensure no-one is forgotten' busca aliados que se sumen a su perspectiva inclusiva 360° para conseguir la cura completa del VIH, que incluso va más allá del triple objetivo y plantea un cuarto 90: que las personas con VIH gocen de una vida duradera y en buenas condiciones.
- **Positive Flame.** Graeme Robertson, Senior Director de Gilead, fue el anfitrión de un tour de bienvenida por las calles de Amsterdam en el transcurso del cual la Nobel francesa Françoise Barré-Sinoussi, del Instituto Pasteur, entregó la antorcha a una persona que ha vivido con el VIH durante más de 34 años.
- **Mastering the Art.** Simposio patrocinado por Gilead para incidir en las lecciones de la terapia antirretroviral a través de historias y experiencias personales.
- **HIV en Europa del Este y Asia Central.** Sesión patrocinada por Gilead para abordar la alarmante situación de esas regiones, las únicas en las que crece la epidemia.
- **Douglas Brooks,** director ejecutivo de Operaciones y Corporate Affairs, dijo: “Nuestro compromiso va mucho más allá de la innovación científica. Creemos firmemente que, a través de alianzas, juntos podemos acabar con la epidemia”.

Vicente Estrada: «La triple terapia ha significado un antes y un después, un cambio completo en la historia del VIH»

PERFIL

Vicente Estrada es doctor en Medicina por la Universidad Complutense. Especialista en Medicina Interna y jefe de sección de Enfermedades Infecciosas y Medicina Interna del Hospital Clínico San Carlos, es profesor de la Universidad Complutense de Madrid. Asociado de la revista *BMC Infectious Disease* y miembro del comité ejecutivo del proyecto europeo Partner sobre transmisión del VIH en parejas serodiscordantes, ha formado parte de diversas investigaciones en el entorno del VIH, como las relativas al envejecimiento y su re-

lación con la enfermedad cardiovascular o sobre las alteraciones metabólicas en la microbiota intestinal en estos pacientes. Autor de 165 artículos en revistas científicas, Estrada participa habitualmente en comunicaciones y ponencias en congresos nacionales e internacionales.



Eree que a estos medicamentos poco más se les puede pedir. Le preocupan el envejecimiento de sus pacientes y la poca investigación en modelos preventivos. Aún así, confía en la vacuna como la mejor herramienta para erradicar el VIH en el mundo.

P.—Veinte años de triple terapia, 24 pastillas que pasaron a ser una y una bajada drástica de efectos secundarios. ¿Cuánto y cómo ha cambiado el escenario del VIH en este tiempo?

R.—Todo ha cambiado de manera extraordinaria. Los tratamientos de hace veinte años eran claramente insuficientes, no eran potentes y se asociaban con muchos efectos secundarios. Eran difíciles de tomar para los pacientes. El VIH es una infección que requiere un tratamiento de por vida y mantener un tratamiento con ese número de pastillas era muy difícil. Además, tenían interacciones con otros medicamentos, medicamentos que incluso podían ser derivados de los propios efectos secundarios, y había que estar muy atentos a todo lo que tomaba el paciente. Nada que ver con el panorama de ahora. Hoy, podemos decir que para muchos pacientes el VIH es una enfermedad crónica. Para la mayoría, su infección se reduce a tomar una pastilla al día, sin prácticamente efectos adversos y pudiendo llevar una vida completamente normal. La triple terapia ha significado un antes y un después, un cambio completo en la historia de esta enfermedad por VIH.

P.—¿Cómo es el proceso desde el diagnóstico al tratamiento?

«A estos fármacos poco más se les puede pedir, tienen un enorme grado de eficacia, un 95% de los pacientes está en unas cargas indetectables»

R.—Hoy en día las personas que se diagnostican lo suelen hacer en un centro de ITS o en un médico de Atención Primaria, muchas veces porque la persona ha tenido prácticas de riesgo o porque han aparecido los primeros síntomas. Una vez que empiezan con el tratamiento, solemos hacer controles tras algunas semanas para ir viendo cómo lo tolera. Normalmente, al final les decimos que vengan cada seis meses, aunque hay algunos pacientes que tienen otras enfermedades con los que procuramos estar un poco más encima y controlarles más de cerca. Por otro lado, hay pacientes que solo vienen una vez al año y, si tienen algún problema durante este periodo, se ponen en contacto con nosotros, muchas veces a través del mail.

P.—¿Cómo se reacciona cuando a uno le dicen que tiene VIH?

R.—Normalmente, la gente a la que le dan este diagnóstico pasa un periodo de shock. Aún seguimos manteniendo la idea que teníamos de esta enfermedad en los 80: la de que el VIH es sida y está ligado a la muerte. No es bueno que sea así, no es bueno que se tenga esta idea del VIH. Aunque hoy encontramos de todo, incluso gente que llega a trivializar tanto este tema que prefiere estar diagnosticada porque piensa: “Me tomo la pastilla y me relajo”. **No hay que confundirse, el tratamiento no es una excusa para asumir prácticas de riesgo. A veces nos confundimos pensando que hay grupos de riesgo, y no los hay. Lo que hay son prácticas de riesgo.**

P.—Aunque no hablemos de “grupos de riesgo”, la prevalencia del VIH entre los HSH es un factor a tener muy en cuenta.

R.—Sí, en todos los grupos que siempre se han considerado de riesgo, como las trabajadoras del sexo o los usuarios de drogas inyectables, ha ido disminuyendo la incidencia de casos de contagio, pero sí es verdad que en el caso de los hom-

«La triple terapia tiene un enorme soporte histórico, ha supuesto un cambio radical de paradigma con respecto a lo que era el VIH, y lo ha hecho durante muchos años, por lo que su eficacia y seguridad han quedado más que demostradas»



bres que tienen sexo con hombres (HSH) se ha mantenido, con una edad media de entre 30 y 40 años. Hay muchas razones para ello: se ha perdido el miedo al VIH, las cosas ya no son como fueron en el pasado, la gente usa poco el preservativo... Además, las relaciones sexuales unidas al consumo de drogas hacen que uno pierda el control. En esas circunstancias uno no está para ponerse el preservativo y, tristemente, ésta es una situación cada vez más frecuente. Aunque el VIH esté bajando, las ITS están aumentando.

P.—¿Cuánto tiempo suele transcurrir entre contagio y diagnóstico?

R.—Depende mucho, pero en España, como pasa aún también en el resto de Europa, el diagnóstico es tardío. Cuando contraes la infección por VIH, al principio “estás sano”, no se nota ningún síntoma. Poco a poco, la inmunidad va decayendo, y en torno a los dos o tres años se van notando los primeros signos. Debemos intentar reducir este periodo, ya que es un tiempo en el que se pueden contagiar otras personas y en el que la salud, la inmunidad, se va deteriorando.

P.—¿Cuáles son las ventajas de la triple terapia?

R.—Experiencia, fármacos más potentes y, además, que se toleran mejor. En primer lugar, la triple terapia tiene un enorme soporte histórico, ha supuesto un cambio radical de paradigma

con respecto a lo que era el VIH, y lo ha hecho durante muchos años, por lo que su eficacia y su seguridad han quedado más que demostradas. Ahora mismo no tenemos datos suficientemente sólidos para que otros tratamientos que se están empezando a considerar se tengan en cuenta. Además, hay otro aspecto muy importante de este tratamiento, y es que actúa como prevención. Ha conseguido disminuir tanto la carga viral en los pacientes infectados que no pueden transmitir el virus a otras personas. Se trata también de una sola pastilla al día, algo que proporciona muy buenos resultados en la adherencia al tratamiento. Que la triple terapia sea el tratamiento estándar no es casualidad, hay otros tratamientos que pueden ser prometedores, que incluso ofrecen ventajas económicas, pero **no podemos confundir el ahorro en fármacos —que, por supuesto, es muy importante— con el hecho de que demos el mejor tratamiento a los pacientes.** Si es exactamente igual, y el paciente está igual de controlado, me quedo con lo que ha demostrado seguridad a lo largo de los años.

P.—El 15% de pacientes no se trata con la triple terapia. ¿Qué otras opciones existen?

R.—Se trata de pacientes a los que se administraban tratamientos de triple terapia más antiguos. Estos fármacos eran tóxicos y los pacientes tenían problemas para tolerarlos, por lo que les fuimos retirando parte del tratamiento con la finalidad de evitar efectos adversos. A pesar de retirar alguno de los fármacos que componían la terapia, consiguieron tener la enfermedad controlada, y además sin efectos adversos. Hoy en día, nunca empezaríamos con este modelo de tratamiento, pero a estos pacientes, que han tenido complicaciones, les ha servido para mantenerse. En medicina somos pragmáticos, ellos están bien, no tienen carga viral, así que les dejamos así.

P.—¿Es correcta la adherencia al tratamiento de los pacientes?

R.—El 95 % de los pacientes tiene carga viral indetectable, así que si no se toman todas, algo que es muy complicado saber, por lo menos se toman las suficientes para estarlo. El resto suelen ser grupos a los que, por sus condiciones sociales, porque no tienen apoyo social de ninguna clase o porque tienen alguna enfermedad mental, es muy difícil involucrarlos. En estos casos la adherencia es muy complicada.

P.—¿Qué esperamos de los fármacos que están por llegar?

R.—A estos fármacos poco más se les puede pedir, tienen un enorme grado de eficacia. Un 95% de los pacientes está en cargas indetectables. Quien no tiene carga indetectable es que no se toma la medicación. Por tanto, es importante que sigan siendo eficaces, potentes y que se sigan tolerando bien, tanto a corto plazo, ya que si hay algo que te sienta mal en el momento en el que lo tomas es muy complicado que te lo sigas tomando, como a largo plazo. Es muy importante que se garantice una seguridad a largo plazo. Ahora mismo, hay pacientes diagnosticados con 40 años que pueden llegar a vivir hasta los 80, eso es una buena seguridad. Por lo demás, creo que los tratamientos evolucionarán hacia la personalización y hacia el ‘long-acting’, lo que volverá a establecer un antes y un después de la enfermedad. Al paciente VIH no le gusta sentirse enfermo, de hecho hay muchas veces que ni siquiera se le llama paciente porque son personas sanas que viven con VIH. Ellos no



quieren sentirse enfermos y nos piden estrategias distintas de dispensación. Algunos prefieren no tener que venir al hospital a por la medicación, otros preferirían una inyección cada dos meses y no tener que tomar diariamente la pastilla... Hay algunos ensayos sólidos que hacen pensar que para algunos pacientes esto puede ser una buena alternativa.

P.—¿Qué debemos mejorar en la relación con los pacientes?

R.—Depende de cada persona, pero creo que hay pacientes que se beneficiarían de un poco más de apoyo social, sobre todo porque sigue habiendo un verdadero estigma, especialmente en las mujeres. Las mujeres, en muchos casos, no se lo han dicho a nadie, hablan sólo de este tema con su médico o con la enfermera de la consulta de VIH, y naturalmente eso es duro de llevar. Quizás un tiempo se puede llevar, pero a largo plazo es realmente complicado. En este sentido, las ONG están haciendo un trabajo excepcional. De todos modos, la mayoría de pacientes están “contentos”, no quiero decir alegres, pero sí tranquilos en el sentido de que saben que su enfermedad está controlada.

P.—¿Relajados pese a vivir con un estigma?

R.—Sí, bueno, con dos, el externo y, en muchos casos, el interno. Gente que, además de tener que aguantar el que un dentista les ponga el último del día por tener VIH, se autoculpa de haber contraído el virus constantemente. En estas personas que se sienten peor, con más autoestigma, repercute la adherencia al tratamiento.

P.—¿Cree que se está investigando lo suficiente?

R.—No, yo creo que no, aunque seguro que lo podría decir cualquier especialista en alguna enfermedad: el de diabetes, el de hepatitis... Pero es que en esta enfermedad sabemos cómo se contagia, quién se contagia, a qué grupos afecta, sabemos que hay medidas preventivas

muy eficaces... Creo que ahora lo que toca es investigar más en modelos preventivos. También, en el envejecimiento de estas personas, que viven más tiempo, prácticamente como cualquier otra que no ha contraído el virus. Pero se van haciendo mayores y van apareciendo comorbilidades relacionadas con el envejecimiento. Por supuesto, habría que investigar en la potencial curación y, sobre todo, en la vacuna.

P.—Vacuna, un medicamento que cure la enfermedad e, incluso, se ha hablado de trasplante de células madre. ¿Qué cree que está por venir?

R.—La vacuna es necesaria. Hay que tener en cuenta que este virus muta, y eso es una limitación enorme. Pero, aún así, una vacuna que ofrezca cierta protección sería una gran avance en salud pública. Sobre todo, porque donde está el meollo de la cuestión, que es en África, se están manteniendo unas altísimas tasas de tratamiento retroviral gracias a la ayuda internacional. Si un día se acaba esa ayuda, están condenados a morir. Este panorama no es sostenible en el tiempo. Sé que la vacuna no está a la vista, pero creo que hay que seguir en esta línea. Creo que no habrá una pastilla que cure el VIH. **Desgraciadamente, este virus tiene un mecanismo muy complejo para sobrevivir en el organismo, su material genético se introduce en las células del sistema inmune y se queda quiescente; el propio sistema inmune no lo detecta. Por tanto, para poder atacarlo, habría que despertar ese VIH dormido en las células y, una vez reactivado, utilizar tratamiento antirretroviral o bien estimular al sistema inmune para que elimine esas células.** Es complicado. Imagínate hacerlo en 40 millones de personas. Tampoco veo una solución en el trasplante de células madre, es ciencia ficción. Tal vez, entendido en la misma línea que la curación, podía ser una alternativa al alcance de unos pocos.

Gilead y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social colaboran en un estudio para analizar la introducción de la profilaxis pre-exposición como parte de la estrategia global de prevención del VIH en nuestro país

De la prevención a la cura: ¿es viable la PrEP en España?

En Estados Unidos la comercialización de la profilaxis preexposición, llamada comúnmente PrEP, se aprobó en 2012.

La PrEP constituye uno de los puntales del compromiso integral de Gilead contra el VIH, que va de la prevención a la cura. En España, sin embargo, no está aún aprobada y ha sido en los últimos tiempos factor de controversia. En noviembre de 2018 la compañía y el Ministerio español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social anunciaron su colaboración en un estudio que analizará la viabilidad de incluir la profilaxis preexposición en el sistema nacional de salud como parte de la estrategia nacional de prevención de la infección.

El estudio incluye a 300 usuarios de diferentes comunidades autónomas y se extenderá durante un año, hasta mediados de 2019. Durante ese tiempo, Gilead donará la medicación y se hará un seguimiento personalizado de cada uno de los participantes y se evaluarán los resultados obtenidos. Considerar la inclusión de la PrEP en el conjunto de acciones preventivas que se llevan a cabo regularmente en el ámbito comunitario y valorar cuál es el modelo asistencial más adecuado para garantizar esa implementación en nuestro

país son otros dos objetivos del estudio.

La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y Gilead han acordado asimismo la ampliación de la donación para asegurar la disponibilidad del fármaco a las personas que ya han cumplido un año de seguimiento. Para Gilead, este acuerdo es una muestra más de su compromiso en la lucha contra el VIH y de su colaboración activa con el sistema nacional de salud a través de modelos innovadores con los que ofrecer una respuesta sostenible para el control de la infección. La estrategia de la compañía incluye el desarrollo de medicamentos que cubran necesidades médicas no cubiertas.



El compromiso de Gilead

Además de la campaña, Gilead desarrolló una amplia batería de actividades alrededor del 1 de diciembre. Empleados, pacientes y ciudadanía general a través de los medios fueron sus targets principales.

● Se publicaron los datos referidos de una macroencuesta sobre el conocimiento del VIH a nivel europeo ('Is HVI Sorted?', ver páginas 30 a 33 en esta misma revista).

● Se 'ocuparon' las portadas de 25 medios españoles con un lazo rojo y el mensaje 'Gilead committed with HIV: from prevention to cure'. Entre ellos, El País, catorce cabecezas regionales del grupo Prensa Ibérica, otras del grupo Joly y diversos medios LGTBI, con una audiencia potencial de diez millones de personas. Es la primera vez que se realiza una acción así en medios españoles.

● A nivel mundial, se lanzó una intensa campaña en Twitter enfocada en ocho países, alcanzándose casi 140 millones de impresiones y siendo 'promoted trend' en seis de ellos: Alemania, Australia, España, Estados Unidos, Israel e Italia.

Conocer tu estado serológico es crucial

Javier Cámara y Anna Castillo, protagonistas de la campaña de Cesida y Gilead que insiste en la importancia de realizarse la prueba del VIH

● Porque #LoPositivoEsSaberlo... La Coordinadora Estatal de VIH y Sida (Cesida) y Gilead lanzaron en noviembre la campaña multimedia 'Sabes', cuyo principal objetivo es insistir —y concienciar así a la población— en la importancia de conocer el estado serológico. La presentación tuvo lugar en el marco de la Semana Europea de la Prueba del VIH (23 al 30 de noviembre de 2018) y del Día Mundial del Sida (1 de diciembre), y marca el décimo aniversario de la colaboración entre Cesida y Gilead. Contó con la participación de la directora del Plan Nacional del Sida, Julia

del Amo, que fue taxativa: "Queremos conseguir el 90% de pacientes diagnosticados, el 90% de pacientes tratados y el 90% de pacientes con carga viral indetectable, pero para lograrlo es imprescindible reducir la discriminación al 0%". ● El Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociado al VIH, presentado por los ministros de Sanidad y Justicia también en noviembre, pone de manifiesto precisamente la importancia de acabar con el estigma —la discriminación estructural y social— para poder acabar con la epidemia. "El miedo a la discriminación y el

estigma son factores determinantes para que las personas no se hagan la prueba", añadió en el mismo acto el presidente de Cesida, Ramón Espacio. Al objetivo 90-90-90 de la OMS fijado para el año 2020, los profesionales de la sanidad añaden un cuarto: que el 90% de las personas que alcanzan la supresión viral gocen de una buena calidad de vida.

● La campaña 'Sabes' cuenta con la participación desinteresada de Javier Cámara y Anna

Castillo, protagonistas de un spot dirigido por Antonio Naharro y Álvaro Pastor. En él ambos actores tratan de responder de manera desenfadada a cosas que saben y no saben. Se imprimieron diez mil pósters y mil infografías para su distribución en al menos 78 ONG. Para Gilead, la iniciativa forma parte de su estrategia integral de la prevención a la cura, y se considera una oportunidad para concienciar a la población de la importancia de someterse a la prueba del VIH.





Los asistentes a la ceremonia de entrega de las 21 becas, el 21 de noviembre pasado en Madrid.

I+D+I española contra el VIH

21 proyectos seleccionados en la 6ª edición de las Becas Gilead a la Investigación Biomédica, dotadas con 900.000 euros

Veintiún proyectos en las áreas terapéuticas del VIH, enfermedades hepáticas y hemato-oncología fueron seleccionados en noviembre en la sexta edición de las Becas Gilead a la Investigación Biomédica 2018.

A esta convocatoria, la compañía ha destinado 900.000 euros, que sumados a la dotación de anteriores ediciones hacen un total de 4,8 millones destinados a la financiación de 106 proyectos en trece comunidades autónomas españolas. Esto

convierte a las becas Gilead en una de las convocatorias de una entidad privada de mayor cuantía en España.

“El diagnóstico precoz y la prevención siguen siendo asignaturas pendientes en el abordaje de la infección por VIH. Teniendo en cuenta, además, la caída de fondos públicos para la investigación y el desarrollo registrada en nuestro país, y sobre todo en el área de la salud, iniciativas como ésta son especialmente bienvenidas”, destaca **José Antonio Pérez Molina**, presidente de Gesida. Lo corrobora **María Buti**, presidenta hasta este año de la Asociación Española para el Estudio del Hígado, que además subraya el efecto positivo que las becas tienen en la nueva generación de investigadores: “Este programa supone un estímulo muy importante para

la investigación médica, especialmente para los grupos de investigadores jóvenes que pueden proyectarse a nivel internacional”. “Esta iniciativa representa nuestra apuesta y compromiso con la investigación en España. Uno de los aspectos más destacados de la convocatoria es que las becas son una muestra del talento y la diversidad de nuestro sistema nacional de salud”, añade **María Río**, Vicepresidenta y Directora General de Gilead en España.

Las becas Gilead se han convertido en una de las principales convocatorias de ayudas a la investigación en nuestro país. En sus seis ediciones se han recibido 416 propuestas, muestra evidente de su interés y relevancia en el sector. Nacieron en 2013 con el claro objetivo de fomentar la investigación en

centros asistenciales sanitarios de España en áreas terapéuticas de relevancia (HIV y hepatitis) y la cooperación a todos los niveles. Hoy, son un buen ejemplo de cómo la colaboración entre los diversos agentes que participan en el sector salud: entidades privadas, organismos públicos de investigación y los propios centros del sistema nacional de salud, puede producir resultados trasladables a la mejora real de la calidad de vida de los ciudadanos. El programa cuenta con la colaboración y el respaldo de las principales sociedades científicas de VIH, enfermedades hepáticas, hematología y hemoterapia. Entre ellos, el Instituto de Salud Carlos III, que es quien está a cargo de la evaluación y selección final de los proyectos ganadores. “En Gilead estamos convenci-



Las 6 Becas Gilead para la lucha contra el VIH

- **Meritxell Genescà**
Fundació Hospital Universitari Vall d'Hebron/Institut de Recerca, de Barcelona
- **José Antonio Pérez Molina**
Fundación Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid
- **Patricia Echevarría**
Fundación Privada de Lucha contra el sida
- **María Asunción Pérez-Jacoiste**
Fundación Investigación Biomédica Hospital Doce de Octubre, de Madrid
- **José Alcamí**
Instituto Carlos III, de Madrid
- **Felipe García Alcaide**
Fundació Clínic per la Recerca Biomédica, de Barcelona, y **Denise Naniche**, de la Fundació Privada Instituto de Salud Global, de Barcelona.

dos de que para avanzar en la calidad de vida de los pacientes es fundamental aunar esfuerzos con organizaciones de prestigio y ofrecer así una solución a aquellas necesidades médicas que quedan por cubrir”, dice Río.

Durante el acto de entrega de las 21 becas Gilead se realizó un homenaje especial al Centro Sandoval de Madrid para reconocer su ingente labor en la prevención, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Mucho es lo realizado en este centro público desde su inauguración en 1928, has-

Primeras Becas Gilead a Proyectos de Diagnóstico y Derivación del Paciente con VIH

Cinco fundaciones han resultado ganadoras de la primera edición de las becas Gilead a proyectos sobre diagnóstico y derivación del paciente con VIH al sistema nacional de salud. En concreto, la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, la Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Biomedicina y Salud (FIMABIS), la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona y la Fundación para la Investigación Biomédica Hospital Clínico San Carlos de Madrid. La dotación económica global de la convocatoria ha sido de 150.000 euros; cada uno de los proyectos seleccionados se embolsará 30.000 euros. El jurado estuvo compuesto por un comité evaluador integrado por especialistas de distintos ámbitos de la patología.

Las Becas Gilead al Diagnóstico y Derivación de Pacientes con VIH al Sistema Nacional de Salud nacen con la vocación de servir de ayuda a investigadores y clínicos para que estos a su vez profundicen en las posibilidades de mejorar los sistemas de diagnóstico, detección e implementación del tratamiento del VIH en España. De esta forma, se focalizan en un aspecto clave de los objetivos de Onusida y de las necesidades transmitidas por las más importantes instituciones y entidades que trabajan en España en el entorno del VIH/sida, recogidas en el último plan estratégico del Ministerio de Sanidad sobre Prevención y Control de la Infección por el VIH.

PROYECTOS SELECCIONADOS

- **Título:** Comparación de dos estrategias sostenibles para intensificar el cribado de la infección por VIH/VHC y acortar la vinculación a los cuidados en el área terapéutica del Hospital Ramón y Cajal. **Solicitante:** Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal. **Investigador principal:** María Jesús Pérez Elías.
- **Título:** Trayectorias Fast VIH Red de Hospitales Públicos Quironsalud. **Entidad solicitante:** Fundación Jiménez Díaz. **Investigador principal:** Beatriz Álvarez Díaz
- **Título:** Estudio de contactos de pacientes con infección por el VIH para mejorar el diagnóstico de la infección oculta y de otras infecciones de transmisión sexual. **Entidad solicitante:** Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Biomedicina y Salud (Fimabis). **Investigador principal:** Cristina Gómez Ayerbe.
- **Título:** Proyecto integral para aumentar el diagnóstico de la infección oculta de VIH en la comunidad y establecer un circuito rápido de derivación a la unidad de VIH. **Entidad solicitante:** Fundación para la Investigación Biomédica Hospital Vall d'Hebron. **Investigador principal:** Vicenç Falcó.
- **Título:** Diagnóstico precoz de la infección por el VIH y derivación inmediata al Servicio Nacional de Salud, para iniciar tratamiento antirretroviral. **Entidad solicitante:** Fundación para la Investigación Biomédica Hospital Clínico San Carlos. **Investigador principal:** Jorge del Romero.

ta el punto de que hoy es un centro de referencia a nivel nacional (ver entrevista a **Jorge del Romero** en páginas 56 a 59). En Sandoval se realiza el mayor seguimiento de Europa a parejas serodis-

cordantes, es decir aquellas en las que uno de los dos miembros es portador del VIH. Más de 900 parejas han sido atendidas allí en las últimas dos décadas y de ellas ha nacido más de un cente-

nar de niños sin que se haya producido un solo caso de transmisión, ni a las parejas ni a los bebés.



Concienciación:
El 34% reconoce no usar nunca o casi nunca preservativo en una nueva relación

Transmisión:
El 66% de los españoles declara no haberse hecho nunca el test

Estigma:
El 28% no se sentiría cómodo trabajando con un infectado

Información y conciencia:
El 49% cree que VIH y sida son lo mismo

¿HA DEJADO EL VIH DE SER UN PROBLEMA?

La macroencuesta europea 'Is HIV Sorted?', sobre 24.000 personas de doce países, entre ellos España, revela que el desconocimiento en lo que se refiere a protección y transmisión, la discriminación y la despreocupación son las grandes barreras para frenar el virus y alcanzar el objetivo 90-90-90 en 2020.

Aunque hemos dado pasos muy significativos para afrontar el estigma que experimentan las personas que viven con VIH, estos datos muestran que no podemos ser complacientes. Hay todavía un enorme déficit de conocimiento. El temor al estigma es la mayor barrera que impide que los europeos se hagan el test, que es el primer y más importante paso para alcanzar el objetivo 90-90-90 que marca Onusida.

Tenemos que redoblar nuestros esfuerzos en educación y concienciación para asegurar que la mayor población posible sea informada, y que así las personas vivan el VIH positivamente".

Quien dice esto es **José María Zúñiga**, presidente de la International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC). Lo hace tras la publicación de una macroencuesta que IAPAC y Gilead Sciences realizaron 2018 con el objetivo de com-

prender cuáles son los conocimientos, percepciones y actitudes de la ciudadanía europea con respecto al VIH. 'Is HIV Sorted?' (en español, ¿Ha dejado el VIH de ser un problema?) se llevó a cabo en junio en doce países europeos sobre una muestra de 24.000 personas no infectadas. Nueve de ellos de Europa occidental (Alemania, Austria, España, Francia, Holanda, Irlanda, Italia, Reino Unido y Suiza) y tres de Europa oriental (Rumanía, Rusia y Ucrania). Dos mil encuestados por país.

TRANSMISIÓN

- 'Is HIV Sorted?' revela que los españoles son conscientes de los riesgos asociados al virus, pero que al mismo tiempo manifiestan una grave falta de información respecto a la transmisión. Nada menos que un 66% de los encuestados reconoce que nunca se ha hecho el test del VIH. Y, entre los que sí se lo han hecho alguna vez, casi la mitad (42%) reconoce que fue hace más de cinco años, el porcentaje más bajo de Europa occidental.
- El sondeo arroja datos jugosos y preocupantes: el 80% no cree correr riesgo de contraer el virus, el 35% cree que es posible contraerlo compartiendo un cepillo de dientes con una persona infectada y el 26% afirma que no se realizaría la prueba incluso después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección con una nueva pareja.
- El grado de desconocimiento se confirma cuando se nos pregunta sobre el concepto "carga viral indetectable". Sólo el 14% de los españoles entiende qué significa "indetectable". El 38% piensa que en ese caso el virus no está en la sangre pero sí en otras partes del cuerpo, por lo que podría contagiarse. El 51% cree que, aunque un paciente responda positivamente al tratamiento, puede seguir transmitiendo el virus. Y sólo el 44% sabe que una mujer infectada pero con carga vírica indetectable puede tener hijos sin riesgo de transmisión vertical. Todos estos datos nos sitúan en el furgón de cola entre los países de nuestro entorno.



ESTIGMA

- Sólo tres de cada diez españoles reconocen que se sentirían cómodos 'saliendo' con una persona infectada por el virus del VIH, aunque ese porcentaje sube hasta el 42% entre los bisexuales y hasta el 45% entre los homosexuales. Con todo, en este renglón España arroja el mejor resultado de los doce países encuestados.
- Pero hay más: el 28% no se sentiría cómodo trabajando con alguien portador del virus (el 6% incluso se sentiría muy incómodo). El rechazo oscila entre el 38% de trabajadores en tiendas o comercios y el 19% de profesionales sanitarios. Y casi la mitad de los españoles (47%) considera que a los infectados por el VIH no debería permitírseles trabajar en hospitales o centros geriátricos.

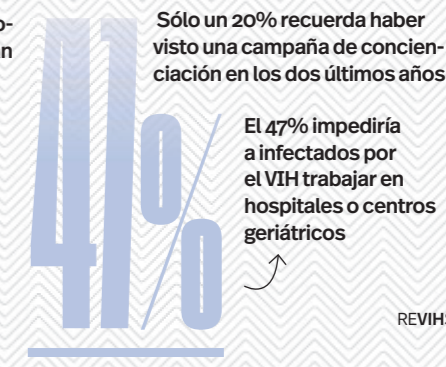


Sólo tres de cada diez españoles reconocen que se sentirían cómodos 'saliendo' con alguien infectado por el virus del VIH

El 51% cree que, aunque un paciente responda positivamente al tratamiento, puede seguir transmitiendo el virus

INFORMACIÓN Y CONCIENCIA

- La macroencuesta pone de manifiesto tanto que la población española conoce muy poco el VIH como que su nivel de sensibilización y confianza con los tratamientos es más alto que en otros países. La mitad (49%), por ejemplo, confunde VIH y sida como si fueran la misma cosa. El 16% está convencido de que el tratamiento adecuado para controlar el virus consiste en tres pastillas tres veces al día, el segundo porcentaje más bajo de los doce países consultados. Sin embargo, el 60% cree que la epidemia está controlada. Y uno de cada cinco confía en que, tras un diagnóstico rápido y la aplicación de los antirretrovirales, la esperanza de vida del paciente es muy alta, el porcentaje más alto de Europa occidental.
- Los españoles (64%) siguen viendo el VIH como un grave problema de salud pública. Sólo un 20% recuerda haber visto una campaña de concienciación en los dos últimos años y el 83% señala que es prioritario que el Gobierno destine fondos a la lucha contra la enfermedad, de nuevo el porcentaje más alto de los países de nuestro entorno.



B Encuesta de percepción del VIH

Los resultados del sondeo son concluyentes: la discriminación, los prejuicios y las actitudes negativas con respecto al VIH y a sus portadores siguen siendo un problema profundo y de no fácil solución. Zúñiga no se anduvo por las ramas en la presentación del estudio, que tuvo lugar el 23 de julio, en el marco de la 22ª Conferencia Internacional del sida de Amsterdam: "Estos datos son una llamada de atención a todos sobre el objetivo 90-90-90. 2020 está muy cerca". Nuevos datos serán incorporados en 2019 a los ya obtenidos. La transmisión del VIH no deja de preocupar en Europa. Según los datos de la OMS, en 2016 hubo 160.000 nuevos diagnosticados en nuestro continente, el número más alto registrado en un año, si bien la mayor parte se la lleva Europa oriental.

“Los resultados de la encuesta refuerzan la necesidad de que toda la comunidad alrededor del VIH trabaje unida para resolver asuntos aún pendientes en la prevención, diagnóstico y tratamiento del virus. Confiamos en que este trabajo contribuya a un diálogo productivo entre todas las partes. El objetivo es derribar barreras y construir puentes para alcanzar a poblaciones clave y no olvidar a nadie. Parar el virus es un trabajo colectivo”, asegura **Gregg Alton**, vicepresidente ejecutivo de Operaciones y Corporate Affairs de Gilead Sciences.

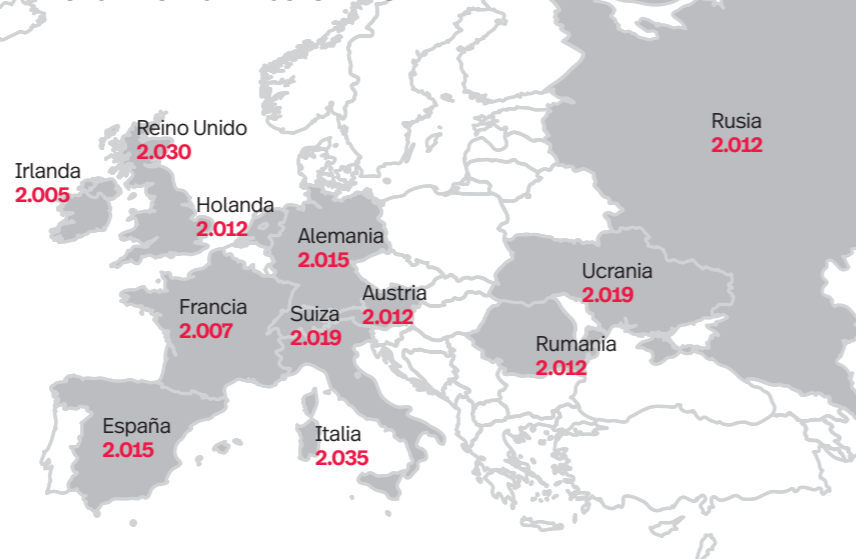


IAPAC

La International Association of Providers of AIDS Care fue fundada hace más de tres décadas con el objetivo de mejorar todo lo referente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de personas con VIH y otras comorbilidades asociadas, incluyendo tuberculosis y hepatitis víricas. Con 30.000 miembros, es la asociación de profesionales sanitarios y otros aliados contra el sida más grande del mundo. www.iapac.org

'Is HIV Sorted?'

MÁS DE 2.000 PERSONAS EN CADA UNO DE ESTOS 12 PAÍSES DE EUROPA FUERON ENCUESTADAS



Darían prioridad a financiar en sus sistemas de salud el problema del VIH



No se sentirían cómodos saliendo con alguien que vive con VIH



Se muestra reticente a trabajar con compañeros que viven con VIH



24M

24.212 personas adultas no portadoras del virus han sido encuestadas en la encuesta 'Is HIV Sorted?'

47%

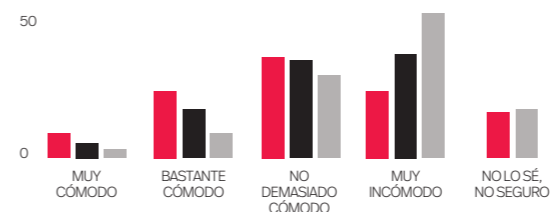
Casi la mitad de los europeos creemos que el VIH sigue siendo un importante problema de salud.



CÓMO SE SITÚA ESPAÑA RESPECTO A EUROPA

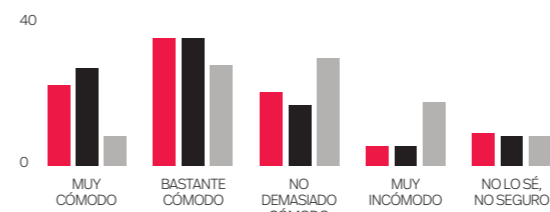
Si estás/estuvieras soltero/a, ¿cómo de cómodo/a te sentirías saliendo con alguien que estuviera infectado?

ESPAÑA: 55%
EUROPA: 66%



¿Cómo de cómodo/a te sentirías trabajando con alguien que estuviera infectado por el virus del VIH?

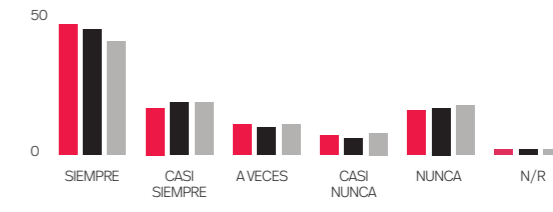
ESPAÑA: 28%
EUROPA DEL ESTE: 51%



ESPAÑA EUROPA OCCIDENTAL ESTE DE EUROPA

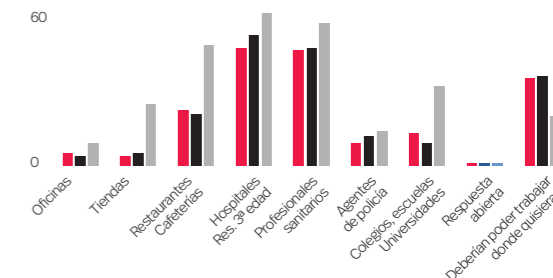
Cuando mantuviste relaciones sexuales con nuevas parejas, ¿con qué frecuencia utilizasteis preservativo?

ESPAÑA: 23%
EUROPA: 24%



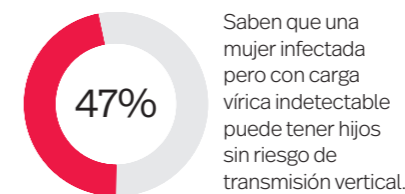
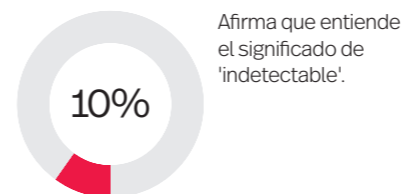
Profesiones que no querías que se dejara desempeñar a las personas infectadas en tu país a causa del alto riesgo de transmisión?

ESPAÑA: 47%
EUROPA: 50%



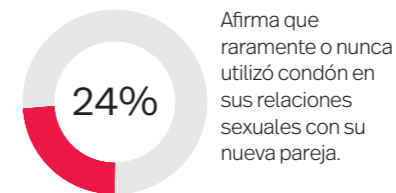
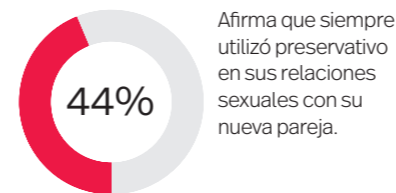
INFORMACIÓN

SOBRE PROTECCIÓN Y TRANSMISIÓN DEL VIH



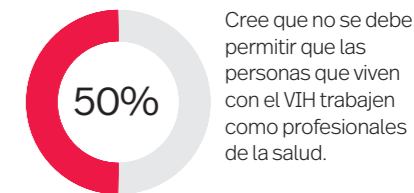
NIVELES DE COMPLACENCIA PREOCUPANTES

SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH



ESTIGMA

SOBRE TRANSMISIÓN





Una red de 250 ciudades de todo el mundo

● Las ciudades soportan buena parte de la amenaza global del VIH. Acogen no sólo al grueso de infectados sino también a la mayoría de los grupos más expuestos al contagio. Las acciones efectivas en ese nivel son decisivas a la hora de influir después en estrategias nacionales e internacionales. Creada en París en 2014, la alianza Fast-Track Cities es un ambicioso proyecto al que se han suscrito ya 250 ciudades de todo el mundo. Está impulsada por IAPAC y cuenta con el apoyo de Onusida, ONU-Habitat y Ayuntamiento de París. **Da soporte epidemiológico y tecnológico a las ciudades adscritas para que éstas actualicen constantemente sus estadísticas en referencia al cumplimiento de los objetivos 90-90-90 y 'estigma cero' de la ONU para el año 2020.** www.fast-trackcities.org

● En diciembre de 2018, coincidiendo con el Día Mundial del sida, la alianza Fast-Track Cities anunció que doce nuevas ciudades se sumaban al panel, aportando información sobre acceso al tratamiento: Atenas, Bamako (Mali), Berlín, Buenos Aires, Dar es Salaam (Tanzania), Dur-

ban, Johannesburgo (Sudáfrica), Kingston (Jamaica), Libreville (Gabón), Montreal, Oakland (Estados Unidos) y Quezon City (Filipinas). Ocho de ellas ofrecían además datos 90-90-90 (todas salvo Bamako, Dar es Salaam, Durban y Oakland). También se actualizaron los datos de otras diez ciudades que ya formaban parte de la alianza: Nairobi, Bangkok, Amsterdam, Kiev, Londres, Denver, Miami, Nueva Orleans, Nueva York y San Francisco.

● En nueve se registró un significativo avance en uno o más de los indicadores 90-90-90. Llama la atención el progreso de Bangkok (Tailandia), que ha pasado del 79% en 2016 al 91% en 2018 en lo que se refiere al indicador 'población infectada consciente de su situación'. Kiev (Ucrania) ha saltado del 44% al 66% en el indicador que registra el porcentaje de personas conscientes de su infección que tienen acceso al tratamiento antirretroviral. En Nueva Orleans el porcentaje de personas tratadas que han alcanzado la supresión viral ha pasado en este corto lapso de tiempo del 91% al 97%. Londres ha superado el umbral 90-90-90 y está ya en



Éstas son las ciudades españolas que forman parte de la alianza Fast-Track Cities.

el 95-98-97. Nairobi (Kenia) es la primera demarcación que logra el 100% de personas que saben que tienen el VIH y están bajo tratamiento. "Gracias al trabajo de líderes políticos y comunitarios en las diferentes ciudades Fast-Track, estamos siendo testigos de un avance sin precedentes en la consecución e, incluso, superación de los objetivos de la ONU", afirma José María Zúñiga, presidente y CEO de IAPAC.

● Pero, además, en noviembre del año pasado se hicieron públicos los resultados de la encuesta 'Quality of Life of People Living with HIV', desarrollada en 29 ciudades de todo el mundo bajo el auspicio del proyecto Fast-Track Cities. Algunos de los primeros datos conocidos se refieren

únicamente a cinco ciudades (Bangkok, Durban, Madrid, Miami y Salvador, en Brasil), pero ya ponen el dedo en la llaga sobre el estigma y otros muchos factores que todavía acompañan a la enfermedad: una de cada tres (38%) personas infectadas manifiesta padecer las consecuencias del estigma en sus comunidades, incluso, superación de los objetivos de la ONU", afirma José María Zúñiga, presidente y CEO de IAPAC. dice padecerlo incluso a la hora de tratarse, y de estos últimos el 78% identifica a profesionales sanitarios como origen de esa discriminación o estigma. Llama la atención Madrid, que se sitúa entre las ciudades donde los enfermos reportan un mayor estigma: el 32% de los encuestados dicen haberlo padecido o padecerlo. Le superan sólo Miami (66%) y Durban (42%). Datos adicionales revelan que

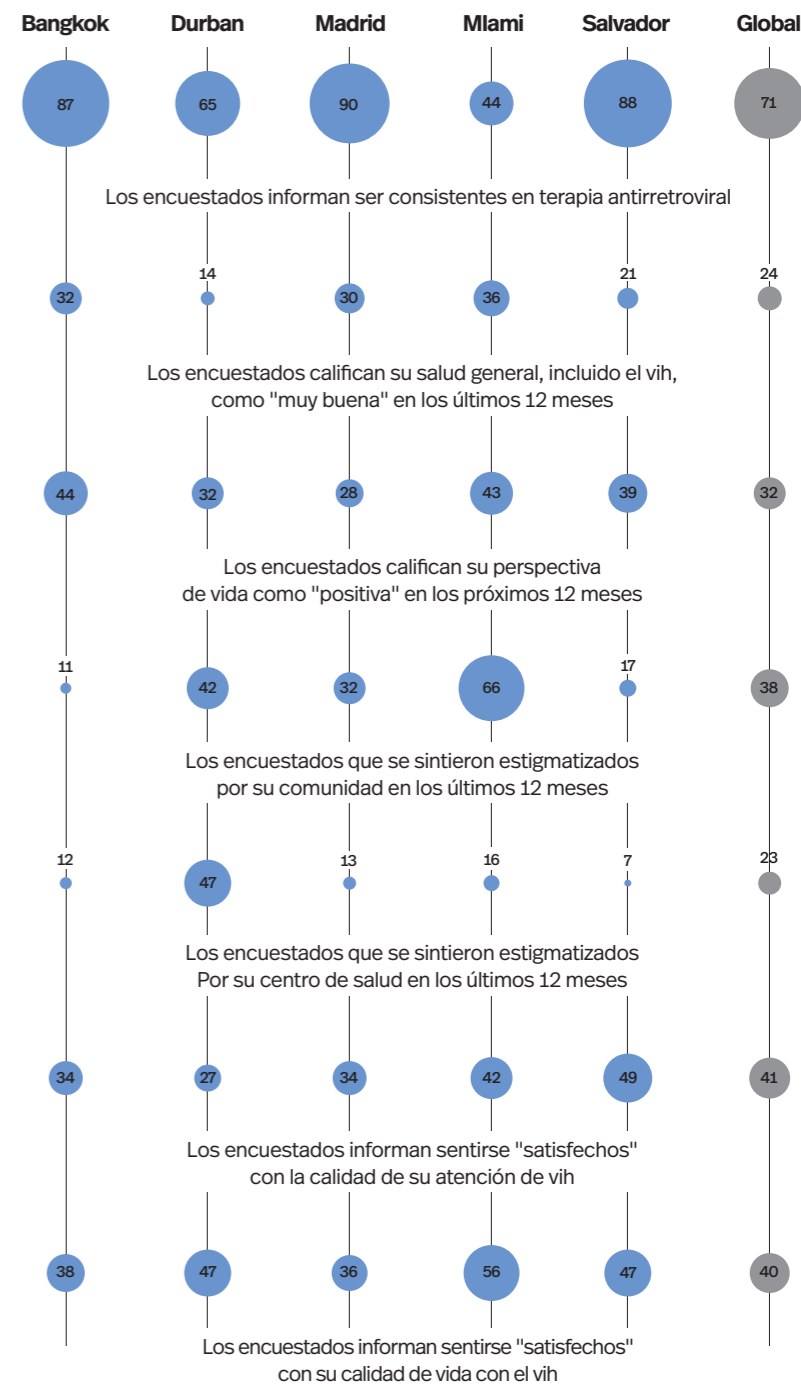
FAST-TRACK CITIES Tiene un portal disponible que ofrece noticias, visualizaciones de datos y todo tipo de recursos, ayuda e información estratégica sobre las ciudades como Madrid, que participan en este proyecto.

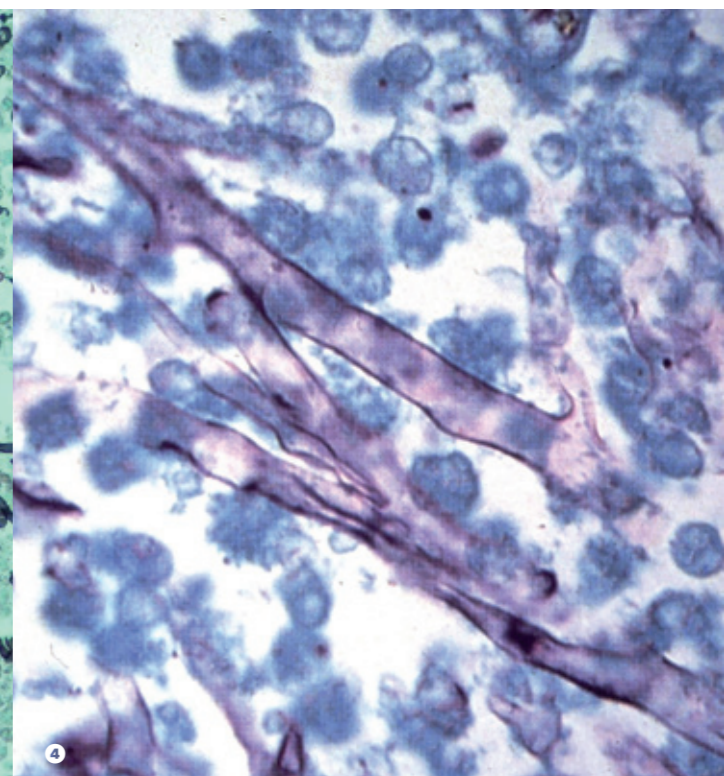
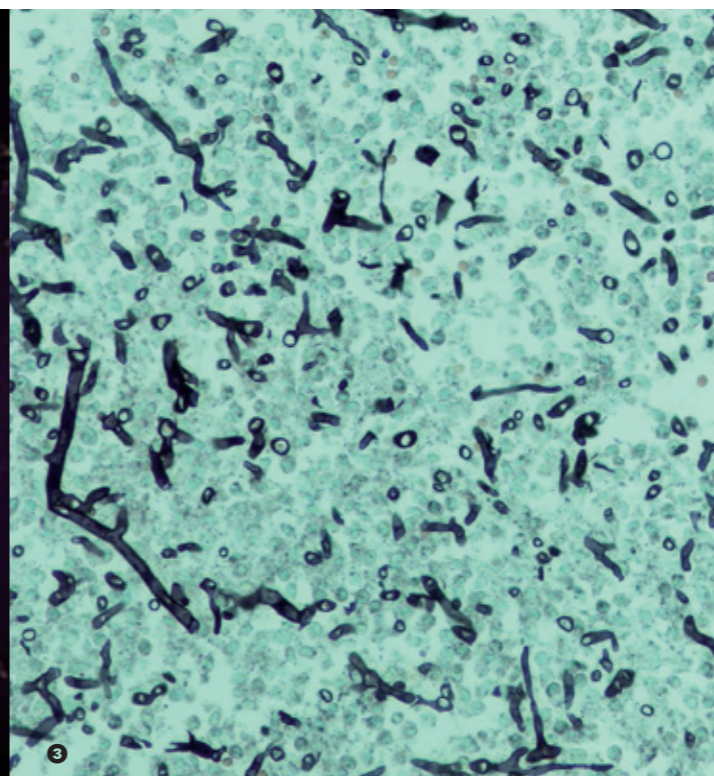
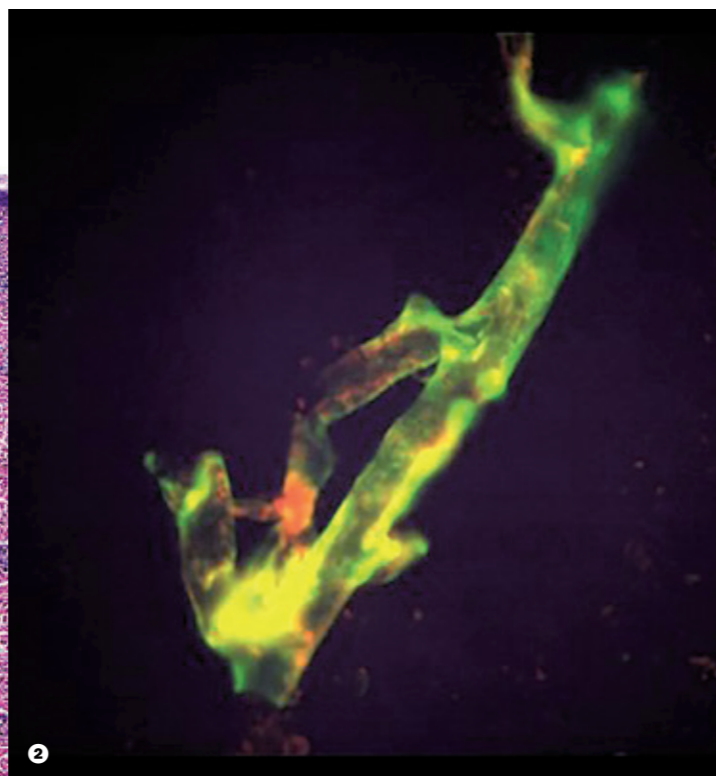
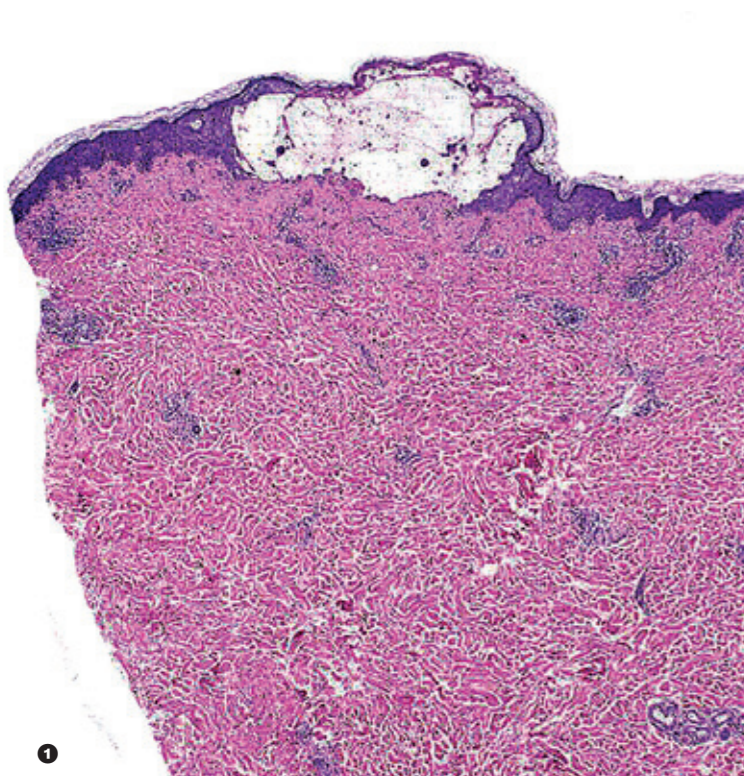
el 25% de los encuestados ha compartido su situación con sus parejas, aunque otro 25% teme hacerlo. En Madrid, el temor se cifra en el 21% si se refiere a contarlo familiares o amigos y en el 27% si se refiere a contarlo a su pareja.

● Los resultados completos del sondeo, con la participación de más de 7.500 pacientes infectados, se esperan a lo largo de 2019. "Donde existe el estigma se niega la dignidad que debería darse por supuesta a todos, y también por ese motivo los beneficios de los servicios de prevención y tratamiento. Es necesario abordar el problema de una manera holística, local y globalmente, para mejorar la calidad de vida de quienes viven con VIH", concluye Zúñiga.

Datos sobre la primera encuesta sobre calidad de vida de personas que viven con VIH

En tanto por ciento





1

2

3

4

Las enfermedades infecciosas no son abordadas habitualmente desde el punto de vista del patólogo. Los textos de anatomía patológica suelen tratar enfermedades neoplásicas, degenerativas, autoinmunes, incluso hay un considerable volumen de textos centrados en órganos y aparatos. Ése es el origen del Atlas de Histopatología del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades Asociadas que ha editado la Fundación Jiménez Díaz. Con esta obra, disponible *on line*, se trata de paliar un vacío, poniendo a disposición de estudiantes, residentes y médicos dedicados a la atención de pacientes, especialmente profesionales del ámbito de la medicina interna y de las enfermedades infecciosas, una guía práctica que les apoye en sus labores de diagnóstico y conocimiento de las enfermedades.

El atlas permite el acceso gratuito a un banco de imágenes no visto hasta ahora. Se trata de un proyecto de educación que se enmarca dentro de las áreas de hepatología, onco-hematología, infecciones producidas por hongos y, sobre todo, VIH y enfermedades asociadas. Manuel Fernández Guerrero, jefe asociado de Medicina Interna en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y editor, remarca la utilidad doble del atlas. **“Generalmente, el diagnóstico de las enfermedades profundas es microbiológico. Se busca el aislamiento de la bacteria, del virus, o se hacen estudios serológicos o moleculares de tejidos, sangre, secreciones... La anatomía patológica es un complemento de todo esto. A veces, cuando no es posible diagnosticar con estos procedimientos, se pueden utilizar procedimientos patológicos, estudios histopatológicos que llenan un vacío en ciertas enfermedades”**, explica.

El Dr. Fernández pone como ejemplo la tuberculosis: no siempre es fácil aislar el microbio. El proceso puede demorarse algunas semanas, especialmente con los procedimientos más antiguos. “La histopatología, aunque puede resultar inespecífica, es una guía fundamental”, explica el doctor Fernández Guerrero, que añade el ejemplo de un paciente que se presenta a consulta con un ganglio linfático inflamado. “El clínico tiene varias opciones entre las que puede dudar: linfoma, tuberculosis, tumor, una infección... La anatomía patológica puede ser definitiva, disipar definitivamente las dudas. Hay veces en que sólo la histopatología es capaz de diagnosticar enfermedades con precisión. Raramente, un médico ve una infección y sabe exactamente lo que es. En la mayoría de las enfermedades cutáneas las opciones son varias, y por ahí la histopatología es crucial”, concluye.

VIH visto desde los tejidos

Editado por Manuel Fernández Guerrero, la Fundación Jiménez Díaz ha publicado el **Atlas de Histopatología del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades Asociadas**. La obra quiere ser una herramienta útil en el diagnóstico de enfermedades y en el conocimiento de las mismas, permitiendo el acceso web y gratuito a un banco de imágenes no visto hasta ahora.



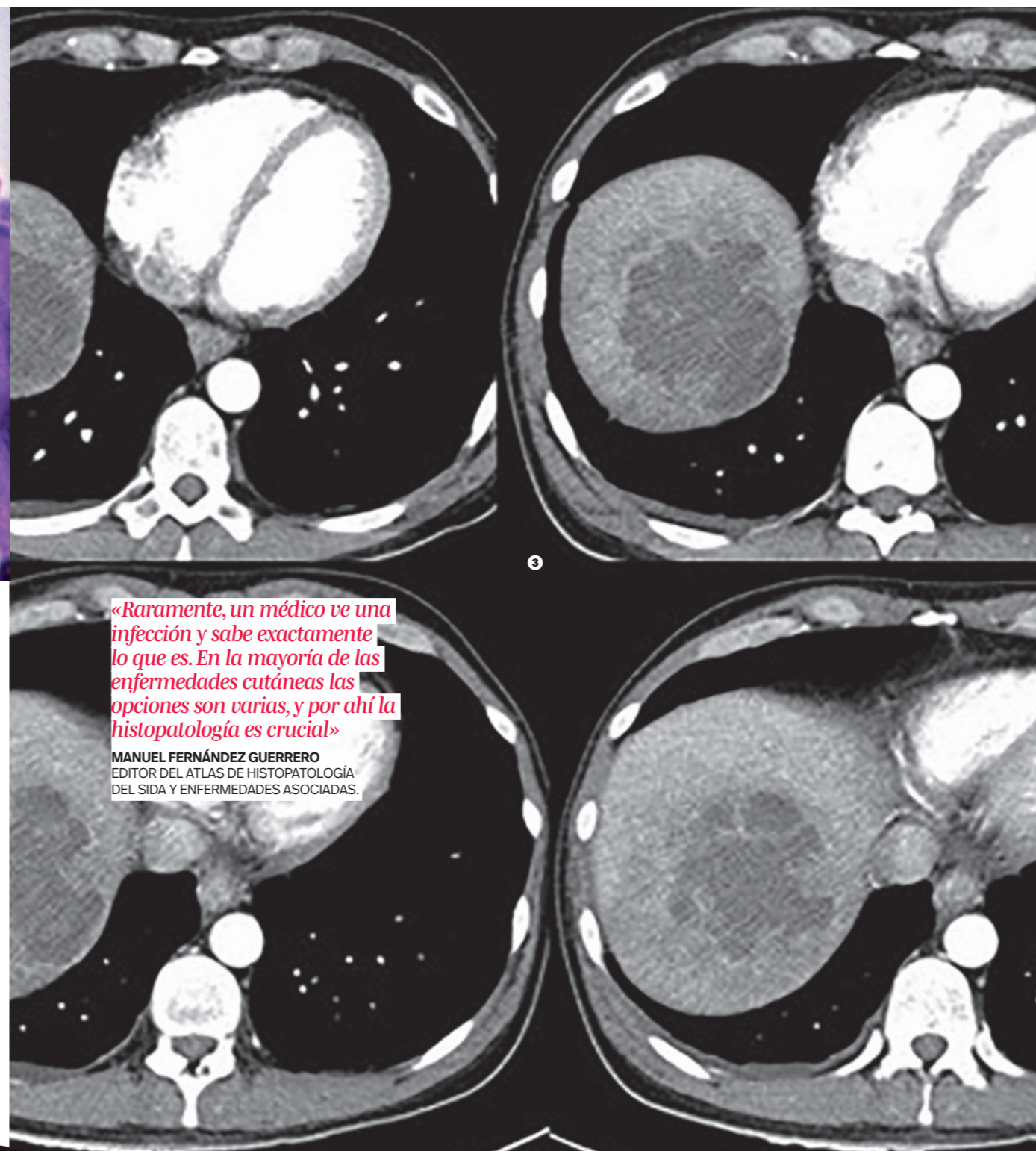
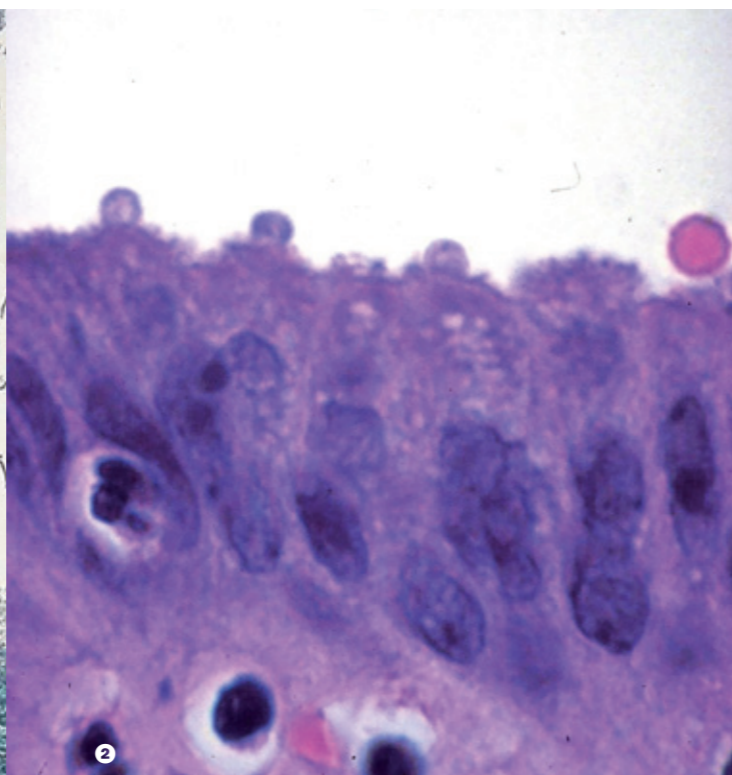
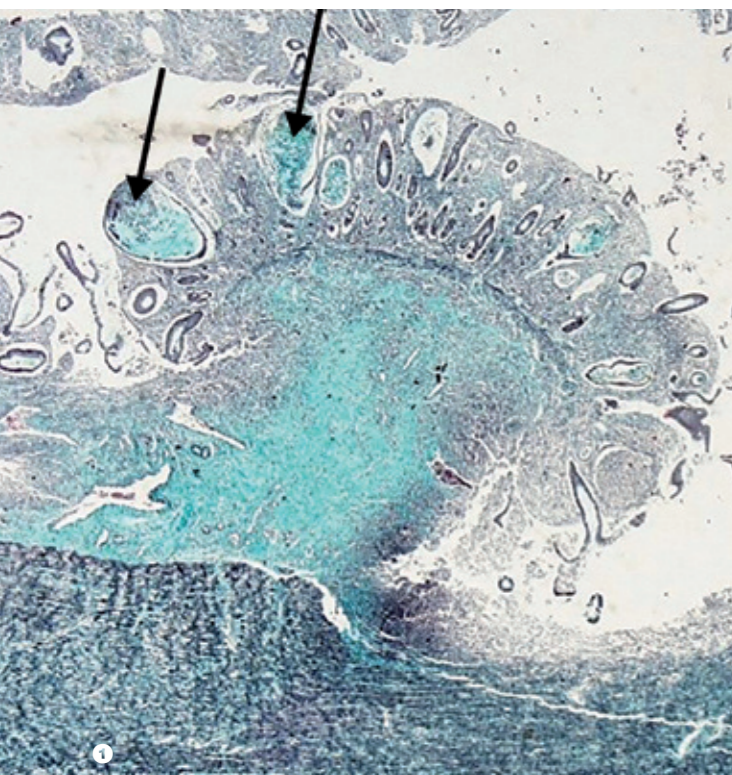
- 1 Virus del herpes.
- 2 Mucor/calcofluor.
- 3 Mucor hyphae.
- 4 Fungal hyphae

Referencias

ATLAS BOOK OF HISTOPATHOLOGY
HISTOPATHOLOGY OF AIDS AND
ASSOCIATED CONDITIONS
[HTTP://HISTOPATHOLOGYAIDS.COM/](http://histopathologyaids.com/)

A través de su banco de imágenes, el atlas invita a analizar el daño que las enfermedades producen en los tejidos: cambios morfológicos o de estructura, aparición de mecanismos inflamatorios o infiltraciones celulares, para comprender aún mejor las enfermedades. Fernández Guerrero subraya que, “si entendemos lo que pasa en los tejidos de la persona enferma, se puede entender mejor cuál es la naturaleza del daño y su extensión”, y añade que este procedimiento “nos permite hacer relaciones clínico-patológicas que tienen una traducción clínica”.

Atlas de Histopatología del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades Asociadas actualiza el conocimiento sobre las bases morfológicas y provee imágenes clínicas, radiológicas, microbiológicas y patológicas, tanto macro como microscópicas, de autopsias y biopsias. Doce imágenes por patología,



que suman alrededor de 700 imágenes que pueden ser descargadas fácilmente con un fin docente. Se agrupan en siete grandes bloques: infección primaria por VIH y síndrome retroviral agudo, manifestación cutánea por infección de VIH y sida, infecciones bacterianas, infecciones virales, infecciones fúngicas, infecciones por parásitos y enfermedades neoplásicas.

Cada bloque incluye descritas y documentadas más de 55 patologías. El esquema explicativo es común. Primero, una introducción con los aspectos clínicos más importantes para el diagnóstico. Después, imágenes con las pertinentes lesiones cutáneas, radiografías o análisis. Finalmente, una breve descripción de las lesiones macro y microscópicas observadas durante el estudio histopatológico, haciendo especial énfasis en los signos más característicos y en las claves para comprender las manifestaciones clíni-

cas derivadas del daño tisular. Los textos explicativos contienen la información más relevante desde el punto de vista clínico histopatológico. “Hemos buscado concreción, no entramos en datos epidemiológicos muy amplios ni en análisis de la tipología de las enfermedades. Eso lo damos por sabido”, aclara el editor.

La obra, en inglés y desplegada en una web intuitiva y de fácil manejo, se dirige a médicos y docentes de todo el mundo, especialmente a los que disponen de menos recursos para acceder a pruebas diagnósticas más complejas. Han colaborado en ella profesionales del área de enfermedades infecciosas de la Fundación Jiménez Díaz, muchos de ellos profesores de la Universidad Autónoma de Madrid.



- 1 Amebiasis.
- 2 Cristosporidiasis.
- 3 Escaner del abdomen.

PERFIL

Manuel Fernández Guerrero es licenciado en Medicina por la Universidad de Sevilla, doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid y especialista en Medicina Interna y Microbiología y Parasitología. Jefe asociado del Servicio de Medicina Interna en la Fundación Jiménez Díaz (Madrid), delegado decanal en el Hospital Universitario de la Fundación Jiménez Díaz y profesor titular de Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid. Ha participado en diversas actividades investigadoras, muchas de ellas relacionadas con enfermedades infecciosas, incluyendo el VIH, y ha publicado más de 60 artículos en revistas nacionales e internacionales como *Journal of Infection* o *Revista Clínica Española*.



«Raramente, un médico ve una infección y sabe exactamente lo que es. En la mayoría de las enfermedades cutáneas las opciones son varias, y por ahí la histopatología es crucial»

MANUEL FERNÁNDEZ GUERRERO
EDITOR DEL ATLAS DE HISTOPATOLOGÍA DEL SIDA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS.

Entre la relajación y la banalización

➔ **Alarma entre los especialistas al no conseguir frenar la estadística: uno de cada dos portadores es diagnosticado tardíamente**

26.000 de los 150.000 infectados por VIH en España no saben que lo están. Eso supone el 18%, casi uno de cada cinco. Uno de cada dos portadores es diagnosticado tardíamente, es decir, cuando los niveles de glóbulos blancos CD4 están por debajo de 350 por milímetro cúbico de sangre. Esta situación está impidiendo frenar el avance del VIH. España lleva una década sin mejorar apenas sus registros. Son los titulares más destacados que se desprenden del análisis del último informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida del Ministerio de Sanidad, hecho público en noviembre pasado.

Según ese mismo informe, en 2017 se notificaron 3.381 nuevos casos, lo que supone una tasa de 7,26 por 100.000 habitantes. Si se compara con 2016, los datos son buenos. El año anterior se diagnosticaron 4.041 casos y la tasa se situaba en 8,71. La tendencia desde 2009 es ligera, pero consistentemente descendente. Es decir, no todo son malas noticias. Al menos, en apariencia. Pero los expertos no están nada conformes. “Estamos en la misma línea de relajación que el resto de países”, advierte **Toni Poveda**, gerente de la Coordinadora Estatal de VIH y sida (Cesida). Poveda corrobora la alarma de Onusida: tanto

➔ **En 2017 se notificaron 3.318 nuevos casos. De ellos, el 85% correspondió a hombres con una media de edad de 35 años.**

las administraciones públicas como la sociedad han bajado la guardia.

Lo que algunos expertos llaman la “banalización” de la enfermedad se ha convertido, sin duda, en el principal obstáculo de la batalla contra un virus causante de 50.000 muertes sólo en España. “La insistencia en que el virus ya no mata ha provocado una relajación entre algunos grupos de riesgo y en las administraciones. No veo que se estén diseñando campañas formativas ni estrategias de detección necesarias”, se queja **Santiago Moreno**, jefe de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. “Tenemos las mejores herramientas para combatir el VIH. Podemos diagnosticarlo al momento. Los antirretrovirales reducen la carga viral hasta hacerla indetectable. Pero estamos fracasando en las medidas de prevención y diagnóstico. No podemos permitir que haya más de 3.500 nuevas infecciones cada año”, añade **Juan Carlos Galán**, jefe de Virología en el mismo centro hospitalario.

Toni Poveda acusa a las autoridades, tanto nacionales como internacionales, de abandonar sus compromisos de ayuda para financiar la lucha contra la enfermedad. “El Gobierno dejó de invertir en el Fondo Mundial contra el sida, la

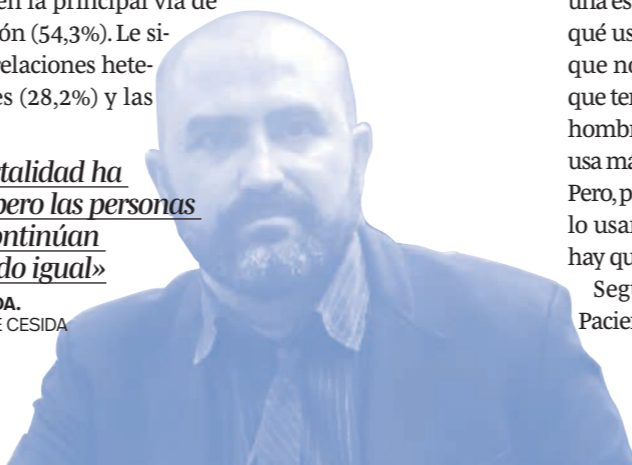
➔ **Los hombres que tienen sexo con hombres suman el 54% de los nuevos diagnósticos**

Malaria y la Tuberculosis en 2011. Las aportaciones en la actualidad son cero, y ello pese a que el Parlamento se ha pronunciado dos veces para que se vuelva. Sin el apoyo económico es difícil dar una respuesta clara y contundente”, afirma. Para el responsable de Cesida, el mayor riesgo para incumplir los objetivos de la ONU lo concentra el primero de los tres 90. “Se ha avanzando más en el segundo y en el tercero. El diagnóstico precoz está fallando, hay que incidir ahí mucho más. Sanidad tiene recomendaciones para universalizar la prueba del VIH, que ésta se ofrezca a todas las personas sexualmente activas al menos una vez en la vida”, insiste.

De los nuevos casos en 2017, el 84,6% de ellos corresponde a hombres y su media de edad es de 35 años. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) constituyen la principal vía de transmisión (54,3%). Le siguen las relaciones heterosexuales (28,2%) y las

«La mortalidad ha bajado, pero las personas se nos continúan infectando igual»

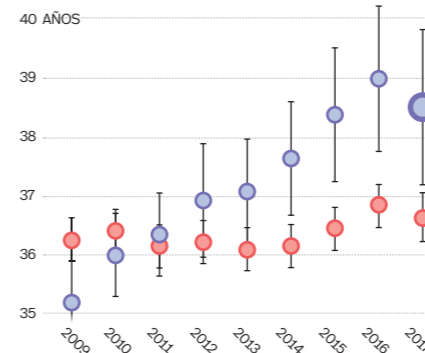
TONI POVEDA.
GERENTE DE CESIDA



Edad al diagnóstico según sexo

Evolución 2009-2017

● HOMBRES ● MUJERES



LAS MUJERES SE DIAGNOSTICAN MÁS TARDE Y EN PEOR SITUACIÓN INMUNOLÓGICA QUE LOS HOMBRES

● Como en otros países europeos, el porcentaje de mujeres con VIH en España es inferior al de los hombres: se sitúa en el 15%.

38,3

● Las mujeres se diagnostican cada vez a una edad mayor. La edad media en 2017 fue de 38,3 años, frente a los 36,8 en los hombres.

● Más de la mitad (59,2%) de los nuevos diagnósticos en mujeres corresponde a inmigrantes. De ellos, predominan las de África subsahariana (45,4%) y Latinoamérica (30,3%).

● Las relaciones sexuales no protegidas sumaron el 85% de los casos en mujeres.

● La incidencia de otras ITS es menor en las mujeres que en los hombres, excepto en clamidia.

personas que se inyectan drogas (3,1%). Las tasas son a la baja en los tres grupos. Sin embargo, entre los HSH, la tendencia es muy diferente si se trata de españoles o nacidos fuera de España. Hasta el punto de que el 36,1% de los nuevos diagnósticos corresponde a personas originarias de otros países. Este grupo observa un aumento sostenido desde 2015. Prácticas de riesgo como el ‘chemsex’ contribuyen asimismo a que no caiga más el número de infectados.

En este punto, aparece la profilaxis pre-exposición, todavía no autorizada en España (ver página 22) pese a sus buenos resultados en Estados Unidos desde 2012, mencionarla Onusida en su informe y haberla incorporado Francia a su sanidad. Toni Poveda es partidario de que la PrEP sea accesible en nuestro país cuanto antes. “No es un capricho. Se trata de una estrategia eficaz. A las críticas de por qué usar esta herramienta en personas que no quieren usar preservativo, hay que tener en cuenta que la población de hombres que tienen sexo con hombres usa más el preservativo que otros grupos. Pero, por desgracia, hay personas que no lo usan de forma sistemática, y a ellos hay que darles una respuesta”, razona.

Según la Encuesta Hospitalaria de Pacientes con Infección por el VIH, pu-

ELIMINADO EL VETO PARA SER MILITARES O POLICÍAS

El Gobierno aprobó a final de noviembre un acuerdo que permitirá a los portadores de VIH ser policías, militares, guardia civiles, agentes de aduanas o funcionarios de prisiones. Hasta la fecha, el veto era total. A partir de ahora, se examinará cada caso, teniendo en cuenta la evidencia científica del momento y el dictamen médico correspondiente. La medida no solo beneficia a los infectados por el virus sino también a diabéticos, celíacos y afectados por la psoriasis: hasta siete millones de personas.

ALERTA ‘CHEMSEX’

Profesionales sanitarios y expertos coinciden en señalar que detrás de esta práctica, minoritaria aún y extendida sobre todo entre los hombres que practican sexo con hombres, está una de las claves para que no se reduzca el número de infectados por VIH en España. El ‘chemsex’ (‘chemical sex’) es un tipo de fiestas sexuales que combina prácticas de riesgo e ingesta de drogas con el fin de aumentar el placer y hacer que dure más tiempo. Según un estudio de BCN Checkpoint, el riesgo de infección de VIH entre hombre homosexuales es tres veces más alto si se practica ‘chemsex’.

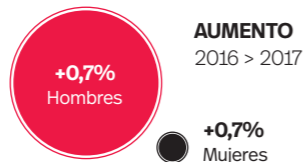
blicada en mayo de 2018 por el Ministerio de Sanidad con datos de centros de trece comunidades autónomas, entre las personas que mantuvieron relaciones sexuales en los doce meses previos un 33,1% no usó preservativo. Una investigación de la Universidad de Girona presentada en el Congreso de Salud Global de Oxford sostiene que casi la mitad de los jóvenes españoles ha mantenido alguna relaciones sexuales sin condón y que una cuarta parte lo hace de manera frecuente. Estos datos son corroborados por el Barómetro 2017 del Proyecto Scopio, del

Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD): el 45% de los jóvenes entre 15 y 29 años ha practicado sexo sin protección a pesar de conocer sus riesgos.

Se espera que, tras un ensayo con 300 personas fruto de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Gilead, España finalmente autorice la PrEP. “Está llamada a tener un papel importante en la reducción de nuevos contagios en los colectivos más expuestos al virus”, dice Galán.

España

3.381
NUEVOS
DIAGNÓSTICOS
Junio de 2017



Referencias

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y SIDA EN ESPAÑA 2017. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. NOVIEMBRE, 2018.

ENCUESTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH. RESULTADOS 2017. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN. MAYO DE 2018

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EN ESPAÑA. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN. DICIEMBRE, 2018.

EL PAÍS, SÁBADO 1 DE DICIEMBRE DE 2018. PÁGINAS 22 Y 23.

ELPAÍS.COM

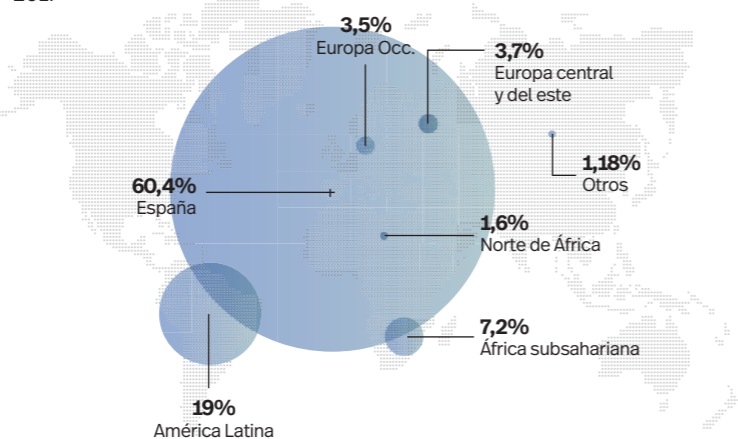
CESIDA PIDE QUE TODOS SE HAGAN LA PRUEBA DEL VIH UNA VEZ EN LA VIDA. [HTTPS://BIT.LY/2D9Y151](https://bit.ly/2D9Y151)

ASÍ NEGOCIAN LOS JÓVENES EL USO DEL CONDÓN [HTTPS://BIT.LY/2RMGF3](https://bit.ly/2RMGF3)

84,6%
Hombres

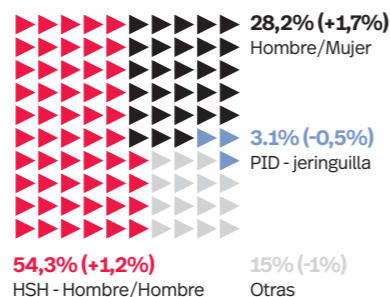
15,4%
Mujeres

ORIGEN DE LAS PERSONAS INFECTADAS EN ESPAÑA
2017



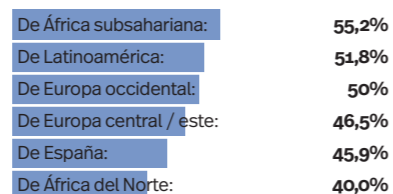
CONTAGIO / VÍAS

Principales vías de infección 2017 (Evoluc. respecto a 2016)



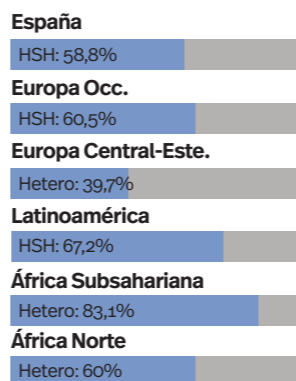
DIAGNÓSTICO TARDÍO

Ranking por región de origen



CONTAGIO / ORIGEN

Principal vía de infección por zona geográfica de origen



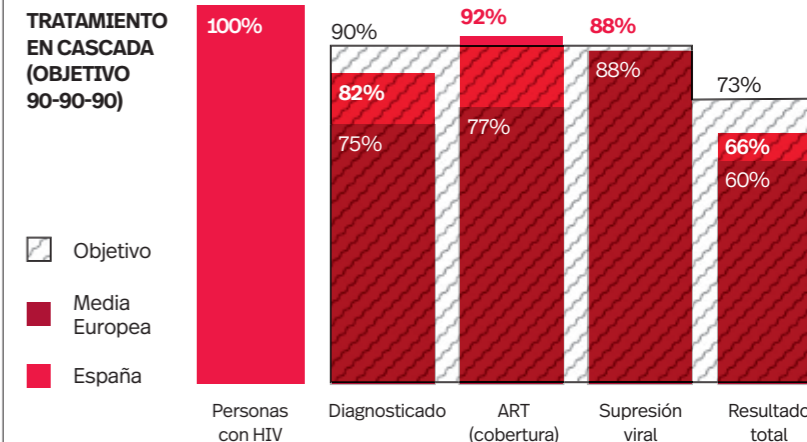
HSH-HOMBRES QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES
HETERO-RELACIONES HETEROSEXUALES

CONTAGIO

Por grupo de edad

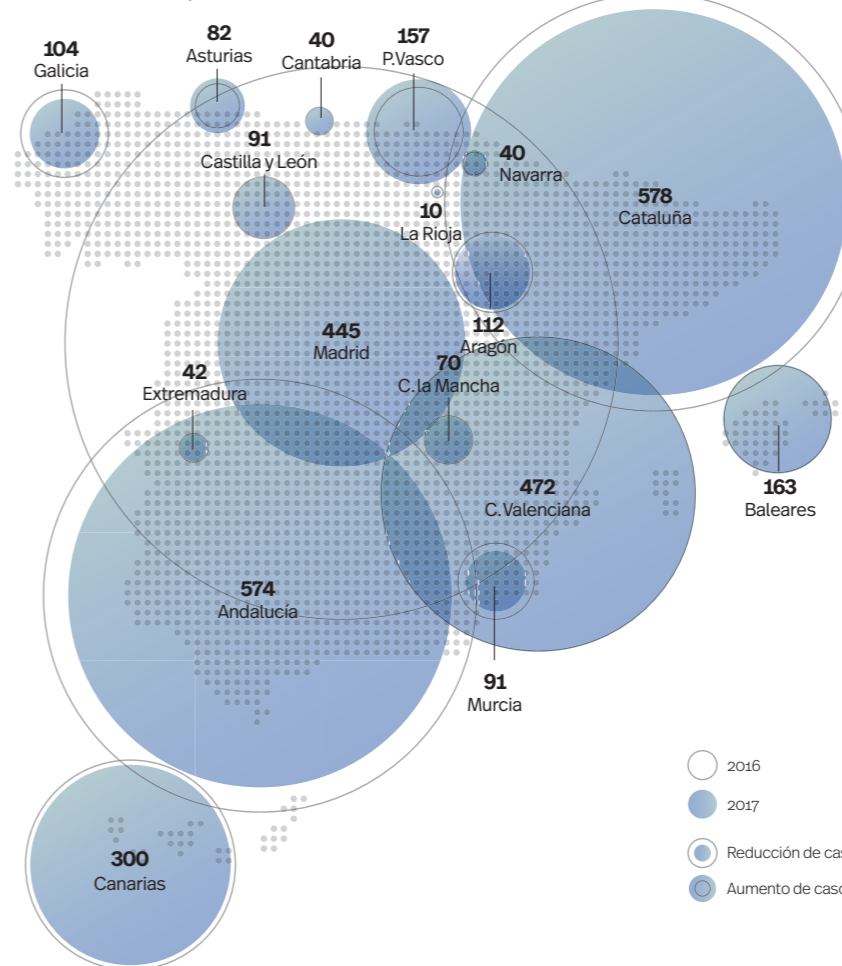


TRATAMIENTO EN CASCADA (OBJETIVO 90-90-90)



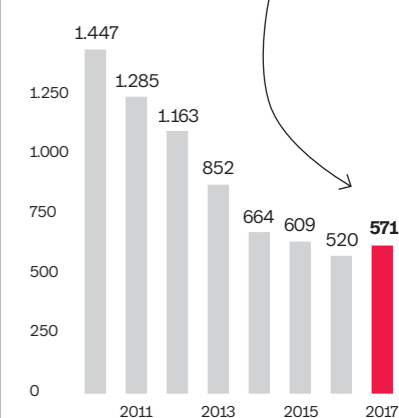
NUEVAS INFECCIONES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

2017 (Evoluc. respecto a 2016)



CONCLUSIONES DEL INFORME

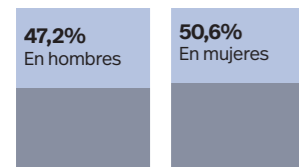
- Las tasas de nuevos diagnósticos son similares a las de otros países de la región Europa de la OMS, aunque superiores a la media de países de la Unión Europea y de Europa Occidental.
- La vía sexual es el modo de transmisión principal, y dentro de ella la que corresponde a hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- El 36,1% de los nuevos diagnósticos corresponde a personas originarias de otros países.
- El diagnóstico tardío es elevado y, aunque ha disminuido ligeramente de forma global, no se observan cambios significativos según el modo de transmisión.
- En 2017 se ha roto la tendencia descendente de **nuevos casos de sida**, registrándose un ligero repunte.



Diagnóstico tardío: El indicador de diagnóstico tardío es la cifra de CD4 inferior a 350 células/ml.)



2016: 46%



Conocer es poder. 9,4 millones de personas viven con VIH sin saberlo

➔ Preocupación a nivel mundial: están en riesgo los objetivos de 2020

➔ La ONU centra sus esfuerzos en extender y universalizar la prueba del VIH para conocer el estado serológico de la población

El primer Día Mundial de sida se celebró el 1 de diciembre de 1988. Han pasado treinta años desde entonces. Afortunadamente, la situación con respecto a la epidemia ha cambiado por completo. Según datos de Onusida, en 2017 el 75% de las personas que vivían con VIH conocía su estado serológico, frente al 65% en 2015, un gran avance en solo dos años. No sólo eso: el 59% tenía acceso al tratamiento. La mayor parte de estos últimos goza de una buena calidad de vida, similar en gran medida a la de quienes no están infectados. Bajan las nuevas infecciones tanto en adultos (-16%) como en niños (-35%). Además, las muertes por sida siguen descendiendo: por primera vez en años, no llegaron al millón, cuando en 2004 sumaban 1,9 millones, es decir un 51% menos.

Sin embargo, aunque las nuevas infecciones siguen su tendencia global a la baja (un 47% menos que en 1996, fecha pico), no disminuyen lo suficientemente rápido. Después de sumar en 2017 1,8 millones de nuevos diagnosticados (un 5% menos que en 2016), 36,9 millones de hombres, mujeres y niños en todo el mundo son hoy portadores del virus. Es el número de infectados más alto de la historia. El problema añadido es que en 50 países no sólo no disminuyen los nuevos

casos sino que aumentan: se duplican en Europa del Este y Asia Central, mientras que en Oriente Medio y en el norte de África suben un 25%. Si bien 21,7 millones de pacientes reciben medicación (2,3 millones más que en 2016), se está lejos de la meta de los 30 millones prevista para 2020. Y a pesar de la disponibilidad y de la eficacia de los antirretrovirales, siguen muriendo demasiadas personas por enfermedades relacionadas con el sida. El objetivo la ONU, menos de 500.000 muertes en 2020, está casi imposible.

“La respuesta mundial al sida se encuentra en una situación preocupante”, reconoce **Michel Sidibé**, director ejecutivo de Onusida. Sidibé no se anduvo por las ramas ni en la Conferencia Internacional del sida de Amsterdam, en julio, ni con motivo del Día Mundial del sida de 2018, el pasado 1 de diciembre: “**Los éxitos, ciertamente destacables, aunque todavía limitados, en términos de vidas salvadas y de freno a nuevas infecciones, están en vías de abrir peligrosamente el camino a una cierta forma de complacencia, que amenaza con frustrar todos los logros. El ritmo de los avances está todavía lejos de encontrarse a la altura de las ambiciones fijadas para 2030.**”

Muchos factores, y de muy diferente naturaleza, están contribuyendo a que

hayan saltado algunas alarmas. No es menor, entre ellos, la falta de compromiso de los gobiernos, que sin duda ninguna se han relajado. Al final de 2017 había 21.300 millones de dólares disponibles para hacer frente a la lucha contra el VIH en países pobres o en vías de desarrollo. La ONU calcula que en 2020 harán falta 26.200 millones. La brecha se cifra en el 20%. En cualquier caso, el año pasado el protagonismo —y el motivo de preocupación principal— se lo llevó el estigma: “Eliminar el estigma, las actitudes, los comportamientos y los juicios negativos irracionales o impulsados por el miedo hacia las personas que viven con VIH es de vital importancia”, se afirma en el informe ‘Knowledge is Power’, presentado por Onusida en noviembre.

En ese informe se revela que, si bien el número de personas que viven con VIH y han suprimido su carga viral ha aumentado en diez puntos porcentuales en muy poco tiempo, todavía hay 19,4 millones de seropositivos que no lo han conseguido. Tanta preocupación existe, que la ONU decidió centrar su última jornada mundial en la necesidad de extender la prueba del VIH y poder conocer así el estado serológico de la población. La campaña ‘Vive la vida positivamente: conoce tu estado serológico’, lanzada el 1 de

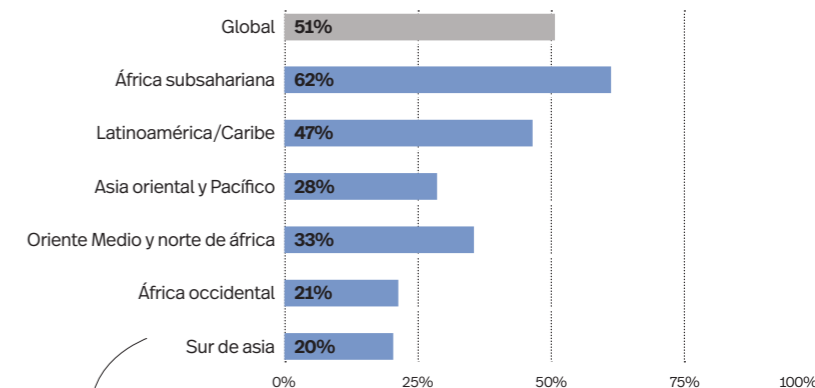
diciembre, responde a esto. “Las pruebas de carga viral son un elemento esencial en la supervisión del tratamiento del VIH. Gracias a ellas, podemos comprobar que el tratamiento funciona, que la gente se mantiene sana y que el virus está bien controlado”, insiste Michel Sidibé.

Sin embargo, mientras en unos países esas pruebas son sencillas y fácilmente accesibles, en otros resultan casi una quimera. Cuestiones como el coste, las tasas de usuario, la distancia a recorrer, los horarios de apertura y la estigmatización afectan directamente a esa accesibilidad, que es decisiva. Estudios realizados entre mujeres, hombres, jóvenes y poblaciones clave (hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, trabajadores sexuales, personas que consumen drogas, personas que están en centros de detención y otros lugares cerrados y migrantes) han revelado que el temor a que se les vea acceder a los servicios del VIH y, si se les diagnostica la enfermedad, a que esta información se comparta con familiares, amigos, parejas sexuales o comunidad en general, les disuade de acceder a dichos servicios, y por tanto a someterse a la prueba del VIH o a recibir el tratamiento necesario. Muchas leyes penales vigentes en otros tantos países agravan aún más esa discriminación.

La campaña ‘Vive la vida positivamente’ hace hincapié en todo esto. Subraya la necesidad de igualar calidad y acceso al test en todo el mundo. Y exige que se cumplan siempre las denominadas cinco C: consentimiento, confidencialidad, consultoría, corrección y conexión. “Si las personas no conocen su estado serológico, no pueden protegerse a ellos mismos, ni a sus familias o parejas. Si las personas que viven con el VIH no conocen su carga viral, no estarán seguras de si el tratamiento es efectivo, protege su salud y detiene la transmisión del VIH. La prueba del VIH”, concluye Sidibé.

Porcentaje de bebés nacidos de madres portadoras de VIH testados a los dos meses de nacer, por regiones

Año 2017



PRUEBA DE CARGA VIRAL A BEBÉS

Las pruebas de carga viral son muy importantes en los recién nacidos, puesto que el VIH avanza mucho más rápido en los niños. La mortalidad máxima en los niños que nacen con VIH se encuentra entre dos y tres meses de vida. Las pruebas de diagnóstico rápido estándar no son eficaces hasta los 18 meses de edad, por lo que la única prueba viable es un test virológico entre las cuatro y las seis primeras semanas. En 2017, solo la mitad (52%) de los niños expuestos al VIH en países más afectados se sometió a una prueba en los dos primeros meses de vida. Se ha demostrado que las pruebas en los puntos de atención (entorno lo más cercano posible a la persona) reducen el tiempo de comunicación de resultados de meses a minutos, lo cual permite salvar un mayor número de vidas.

«No hemos ganado la batalla contra el sida. Necesitamos protegernos, someternos a la prueba, acceder a los tratamientos y aceptar en nuestras sociedades a aquellos que tienen el VIH»

EMMANUEL MACRON
PRESIDENTE DE FRANCIA

CUMPLIR LAS CINCO C

Consentimiento: Las personas que reciben servicios de pruebas del VIH deben dar su consentimiento informado para acceder a las pruebas y la consultoría. Tienen derecho a negarse.

Confidencialidad: Los servicios de pruebas del VIH deben ser confidenciales. Lo que el proveedor de las pruebas y el cliente hablen no debe ser revelado a nadie sin el consentimiento de quien se somete a las pruebas.

Consultoría: La información sobre las pruebas preliminares se puede proporcionar en un entorno grupal, pero todas las personas deben tener la oportunidad de hacer preguntas en un entorno privado si lo desean.

Correcto: Los proveedores de pruebas del VIH deben proporcionar servicios de pruebas de alta calidad que garanticen un diagnóstico correcto. Quienes reciben un diagnóstico positivo deben ser examinados de nuevo para verificar ese primer diagnóstico.

Conexión: Los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH deben incluir un seguimiento eficaz y apropiado.

Mundo/

OBJETIVOS 90/90/90
Media mundial actualizada en 2017

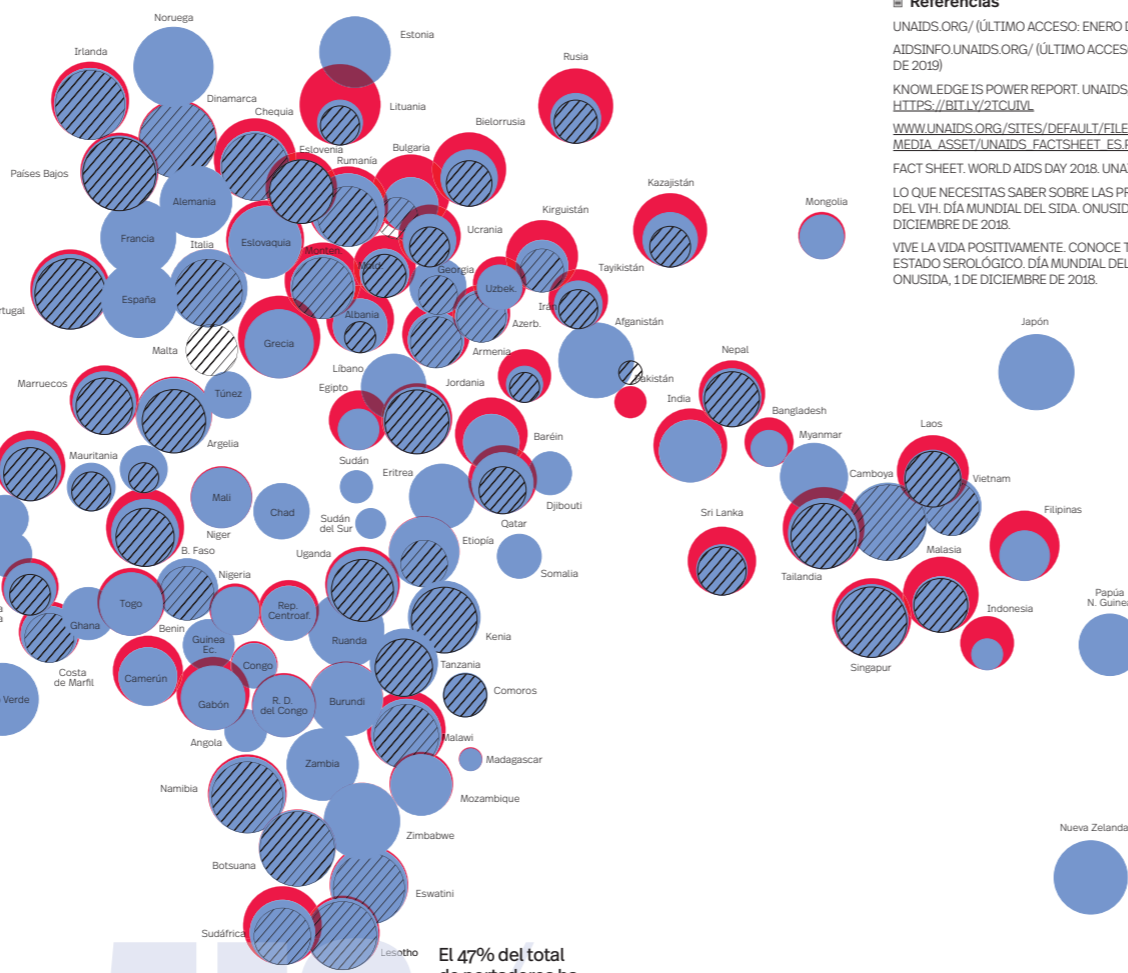
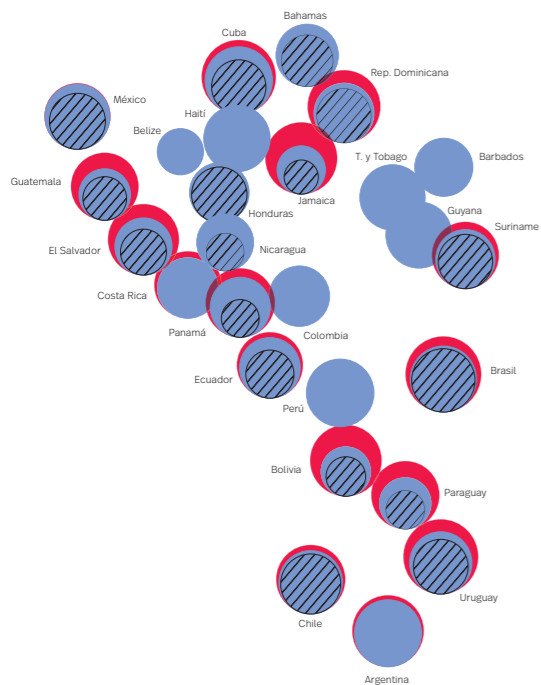
79%
conoce su estado

79%
está siendo tratado

81%
VIH suprimido

LOS OBJETIVOS 90/90/90 EN EL MUNDO

Incluye los países del mundo (por orden alfabético) de los que se disponen datos



Referencias
UNAIDS.ORG/ (ÚLTIMO ACCESO: ENERO DE 2019)
AIDSINFO.UNAIDS.ORG/ (ÚLTIMO ACCESO: ENERO DE 2019)
KNOWLEDGE IS POWER REPORT. UNAIDS, 2018. [HTTPS://BIT.LY/2TCUJVL](https://bit.ly/2TCUJVL)
WWW.UNAIDS.ORG/SITES/DEFAULT/FILES/MEDIA_ASSET/UNAIDS_FACTSHEET_ES.PDF
FACT SHEET. WORLD AIDS DAY 2018. UNAIDS
LO QUE NECESITAS SABER SOBRE LAS PRUEBAS DEL VIH. DÍA MUNDIAL DEL SIDA. ONUSIDA, 1 DE DICIEMBRE DE 2018.
VIVE LA VIDA POSITIVAMENTE. CONOCE TU ESTADO SEROLÓGICO. DÍA MUNDIAL DEL SIDA. ONUSIDA, 1 DE DICIEMBRE DE 2018.

36,9 millones de personas viven actualmente con VIH en todo el mundo.

1,8 millones de personas fueron diagnosticadas como portadores de VIH.

1,8 millones de los infectados son niños o adolescentes menores de 15 años.

77,3 millones millones de personas han sido infectadas por el VIH desde el comienzo de la epidemia.

9,4 millones de portadores no saben que están infectados. Eso significa que el 75% de los infectados sí es consciente de su situación.

El 47% del total de portadores ha conseguido suprimir la carga viral, alcanzar el estado de "indetectable".

21,7 millones de personas tienen acceso a las terapias antirretrovirales. Eso significa el 59% del total de infectados. Son 2,3 millones más que en 2016.

35,4 millones de personas han fallecido por enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia.

POLÍTICAS Y LEYES QUE ESTIGMATIZAN A ENFERMOS DE VIH Y COLECTIVOS VULNERABLES

Incluye los países del mundo (por orden alfabético) de los que se disponen datos

A	B	C	D	E	F	G	H	I	A	B	C	D	E	F	G	H	I	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
A. y Barbuda	●●●●●●●●								Guinea Ecuatorial	●●●●●●●●									Nueva Zelanda	●●●●●●●●							
Afghanistan	●●●●●●●●								Guyana	●●●●●●●●									Omán	●●●●●●●●							
Albania	●●●●●●●●								Haití	●●●●●●●●									Pakistán	●●●●●●●●							
Alemania	●●●●●●●●								Honduras	●●●●●●●●									Palaos	●●●●●●●●							
Arabia Saudí	●●●●●●●●								India	●●●●●●●●									Panamá	●●●●●●●●							
Argelia	●●●●●●●●								Indonesia	●●●●●●●●									Papua N. Guinea	●●●●●●●●							
Argentina	●●●●●●●●								Irlanda	●●●●●●●●									Paraguay	●●●●●●●●							
Armenia	●●●●●●●●								Islandia	●●●●●●●●									Perú	●●●●●●●●							
Azerbaiján	●●●●●●●●								Islas Marshall	●●●●●●●●									Rep. Centroafricana	●●●●●●●●							
Bahamas	●●●●●●●●								Jamaica	●●●●●●●●									Rep. Dominicana	●●●●●●●●							
Bangladesh	●●●●●●●●								Jordania	●●●●●●●●									Ruanda	●●●●●●●●							
Barbados	●●●●●●●●								Kazajistán	●●●●●●●●									Rusia	●●●●●●●●							
Benin	●●●●●●●●								Kenia	●●●●●●●●									S. Cristóbal	●●●●●●●●							
Bielorrusia	●●●●●●●●								Kirguistán	●●●●●●●●									Samoa	●●●●●●●●							
Bolivia	●●●●●●●●								Kiribati	●●●●●●●●									Santa Lucía	●●●●●●●●							
Botswana	●●●●●●●●								Kuwait	●●●●●●●●									Senegal	●●●●●●●●							
Brasil	●●●●●●●●								Laos	●●●●●●●●									Serbia	●●●●●●●●							
Burkina Faso	●●●●●●●●								Lesotho	●●●●●●●●									Seychelles	●●●●●●●●							
Burundi	●●●●●●●●								Letonia	●●●●●●●●									Sierra Leona	●●●●●●●●							
Camboya	●●●●●●●●								Liberia	●●●●●●●●									Singapur	●●●●●●●●							
Camerún	●●●●●●●●								Libia	●●●●●●●●									Siria	●●●●●●●●							
Canadá	●●●●●●●●								Lituania	●●●●●●●●									Sri Lanka	●●●●●●●●							
Chile	●●●●●●●●								Luxemburgo	●●●●●●●●									Sto. Tomé y Príncipe	●●●●●●●●							
China	●●●●●●●●								Madagascar	●●●●●●●●									Sudáfrica	●●●●●●●●							
Colombia	●●●●●●●●								Malasia	●●●●●●●●									Sudán	●●●●●●●●							
Comoros	●●●●●●●●								Malawi	●●●●●●●●									Sudán del Sur	●●●●●●●●							
Costa de Marfil	●●●●●●●●								Mali	●●●●●●●●									Surinam	●●●●●●●●							
Costa Rica	●●●●●●●●								Malta	●●●●●●●●									Tailandia	●●●●●●●●							
Cuba	●●●●●●●●								Marruecos	●●●●●●●●									Tanzania	●●●●●●●●							
Dominica	●●●●●●●●								Mauricio	●●●●●●●●									Tayikistán	●●●●●●●●							
Ecuador	●●●●●●●●								México	●●●●●●●●									Togo	●●●●●●●●							
Egipto	●●●●●●●●								Mianmar	●●●●●●●●									Tonga	●●●●●●●●							
El Salvador	●●●●●●●●								Micronesia	●●●●●●●●									Túnez	●●●●●●●●							
Emiratos Árabes U.	●●●●●●●●								Moldavia	●●●●●●●●									Tuvalu	●●●●●●●●							
España	●●●●●●●●								Mongolia	●●●●●●●●									Ucrania	●●●●●●●●							
Etiopía	●●●●●●●●								Montenegro	●●●●●●●●									Uganda	●●●●●●●●							
Fiji	●●●●●●●●								Mozambique	●●●●●●●●									Uruguay	●●●●●●●●							
Filipinas	●●●●●●●●								Namibia	●●●●●●●●									Uzbekistán	●●●●●●●●							
Gabón	●●●●●●●●								Nauru	●●●●●●●●									Vanuatu	●●●●●●●●							
Georgia	●●●●●●●●								Nepal	●●●●●●●●									Venezuela	●●●●●●●●							
Ghana	●●●●●●●●								Nicaragua	●●●●●●●●									Zambia	●●●●●●●●							
Guatemala	●●●●●●●●								Niger	●●●●●●●●									Zimbaue	●●●●●●●●							
Guinea	●●●●●●●●								Nigeria	●●●●●●●●																	

- A CRIMINALIZACIÓN/PERSECUCIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO**
 - No se persigue ni castiga
 - Se castiga
 - Se persigue
 - Se persigue y castiga
- B CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL**
 - El problema se determina/difiere a nivel subnacional
 - El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está penalizado
 - Otra regulación punitiva del trabajo sexual
 - Criminalización parcial
 - Adquisición de servicios sexuales criminalizada
 - Prestación de servicios sexuales criminalizada
 - Adquisición y prestación de servicios sexuales criminalizadas
- C CRIMINALIZACIÓN DE LOS PROPIOS ACTOS SEXUALES**
 - No hay legislación específica
 - La ley ya no penaliza los actos sexuales, o nunca lo hizo
 - No hay penalización específica
 - Sí, hasta 14 años de prisión
 - Sí, desde 14 años hasta cadena perpetua
 - Sí, pena de muerte
- D EL USO O POSESIÓN DE DROGAS PARA USO PERSONAL ES UN DELITO**
 - Posesión de drogas para uso personal se especifica como un delito no penal
 - Posesión de drogas para uso personal se especifica como un delito penal
 - Uso o consumo de drogas es un delito específico en la ley
 - Detención obligatoria por delitos de drogas
- E LEYES QUE REQUIEREN EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA QUE ADOLESCENTES ACCEDAN A LAS PRUEBAS DE VIH**
 - No
 - Sí, para menores de 14 años
 - Sí, para menores de 16 años
 - Sí, para menores de 18 años
- F LEYES QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE PARA QUE MUJERES CASADAS TENGAN ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**
 - No
 - Sí
- G LEYES QUE PENALIZAN LA TRANSMISIÓN, NO DIVULGACIÓN O EXPOSICIÓN A LA TRANSMISIÓN DEL VIH**
 - No
 - No, pero existen procesamientos basados en leyes penales generales.
 - Sí
- H LA LEY QUE RESTRINGEN LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH**
 - No
 - Sí
- I LA LEY QUE ESPECIFICA QUE LA PRUEBA DEL VIH ES OBLIGATORIA ANTES DEL MATRIMONIO, PARA OBTENER PERMISOS DE TRABAJO O RESIDENCIA, O PARA CIERTOS GRUPOS**
 - No
 - Sí

B El impacto del VIH en el arte

Numerosos artistas y colectivos se han servido del arte como instrumento de lucha contra el VIH/sida. A través de diez imágenes con las obras o hitos artísticos más significativos de estos últimos años, repasamos ese talento multifacético y transformador.

El arte de 'vihvir'

Referencias

90-90-90 UN AMBICIOSO OBJETIVO DE TRATAMIENTO PARA CONTRIBUIR AL FIN DE LA EPIDEMIA DE SIDA. ONUSIDA.

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

TOP 10 ARTE Y SIDA

1

EE.UU. Silence = Death

Este colectivo formado por Avram Finkelstein, Brian Howard, Oliver Johnston, Charles Krelloff, Chris Lione y Jorge Soccarás nació en Nueva York en 1985, en plena crisis del sida. El grupo descartó usar cualquier imagen fotográfica necesariamente excluyente en favor de un lenguaje más abstracto, para llegar a múltiples audiencias. Reclamado por la comunidad homosexual, en la década de los 70 se convirtió en símbolo de orgullo gay. Luego, fue utilizado por el grupo activista ACT UP como imagen de su campaña. En 2017, la imagen se reinstaló en las ventanas del Museo de Arte Gay y Lésbico de Leslie Lohman con una nueva línea en la parte inferior: 'Be Vigilant. Refuse. Resist.' ('Sea vigilante. Rechace. Resista').



En el arte contemporáneo, a nivel mundial, encontramos manifestaciones plásticas, escénicas o visuales de un nutrido abanico de artistas que adoptaron el VIH/sida como una temática recurrente en su obra con un claro contenido social y vocación activista. Temática expresada en algunas ocasiones a través de un lenguaje directo y explícito y, en otras, con un tono más intimista y simbólico.

Estas creaciones artísticas no sólo constituyen un acercamiento a la realidad de la enfermedad sino que parten de un intento explícito de insertarse en lo social, informando sobre el virus, proponiendo una visión más abierta y solidaria, **modificando aquellos comportamientos que fomentan el estigma de los portadores y enfermos, rompiendo límites, ganando visibilidad y transformando la experiencia individual de cada autor en un fenómeno colectivo que abre la puerta al debate público y a la concienciación social. Mirado así, el arte puede ser vehículo de transformación social.**

Esta generación de artistas cuestiona las preocupaciones asociadas a la tradición de modernidad y se decanta por aspectos multidisciplinares que ponen en evidencia la relación del arte con la política, la sociología, la antropología o la economía a través de la reflexión en torno a cuestiones identitarias, políticas y sociales. Así, aspectos como la sexualidad, el género, la identidad, el cuerpo y la muerte son inseparables de su discurso. En muchos casos, el espectador se encuentra estrechamente relacionado con la obra y es llamado a ser autor, convirtiéndose en un elemento más del cambio.

Es inevitable preguntarse cómo puede el arte responder a la crisis que el VIH/sida ha abierto en la sociedad contemporánea y enfrentarse a los



Pepe Espaliú.
'Carrying V', 1992.
Colección CAAC.
Foto: Cortesía CAAC.

mitos que ésta conlleva. El crítico de arte estadounidense Douglas Crimp ha dado su particular respuesta en el artículo *De vuelta al museo sin paredes*, publicado en el primer número de la revista *Arena*, de febrero de 1989: "¿Qué tipo de manifestaciones culturales serían adecuadas para esta epidemia que es, a todas luces, una de las crisis sociales y políticas más serias de nuestro tiempo? (...) No necesitamos un renacimiento cultural: lo que necesitamos son manifestaciones culturales comprometidas con el sida. No necesitamos trascender a la epidemia, lo que necesitamos es terminar con ella".

El mundo del arte se ha convertido en una de las plataformas más eficaces a través de la cuál potenciar posiciones críticas. Las connotaciones políticas de las obras sobre el VIH/sida son incuestionables, pero si algo las define, más allá de su carácter político, es su posición activista. La mirada que se enfrenta a estas obras no es complaciente. Exige dejar a un lado la pasividad contemplativa y tomar la acción como respuesta. El trabajo artístico ha contribuido y continúa contribuyendo a la batalla contra los prejuicios en torno a la realidad del VIH/sida. La

sociabilidad, la sexualidad y la solidaridad se han convertido en términos clave que relacionan todas las representaciones artísticas al margen de su intencionalidad.

EL CUERPO COMO ESPACIO DE REFLEXIÓN

Es reseñable también el énfasis que cobra la representación del cuerpo, la materialidad del cuerpo humano. Una reflexión artística que siempre ha despertado el recelo de los sectores de la sociedad más conservadores, que suelen o solían entender la enfermedad como un castigo divino o que asociaban la enfermedad a la homosexualidad y a determinadas conductas sexuales marginales. El polifacético artista estadounidense **David Wojnarowicz** lo expresa así: "Toda mi vida he hecho cosas que son como espejos fragmentados de lo que percibo en el mundo. En lo que a mí respecta, el hecho de que en 1990 el cuerpo humano continúe siendo un tema tabú es increíblemente ridículo. ¿Qué es exactamente lo que tanto asusta del cuerpo humano?"

Entre los artistas españoles, hay algunos que han destacado de manera especial por hacer del VIH/sida uno de

AIDS

2

General Idea Colectivo de los artistas canadienses Felix Partz, Jorge Zontal y AA Bronson que trabajó desde 1967 hasta 1994. Fue pionero del arte conceptual y del videoarte. El trabajo de General Idea se basa en las formas de la cultura popular y los medios de comunicación, como los concursos de belleza, boutiques, programas de entrevistas de televisión y pabellones feriales. Su trabajo se presenta en medios no convencionales, tales como postales, estampas, carteles, fondos de pantalla, globos, crestas y pins. Partz y Zontal murieron de sida en 1994. Bronson ha seguido presentando su obra de forma independiente.

📷 'AIDS', 1988, General Idea.

3

Keith Haring (1958-1990) Artista y activista social estadounidense icono del grafiti, la generación pop y la cultura callejera de Nueva York de los años 80. Nacimiento, muerte, amor, sexo o guerra son temas recurrentes en sus obras. En febrero de 1989, Haring escogió la calle más deprimida de lo que por entonces todavía se llamaba Barrio Chino (la leyenda dice que contó las jeringuillas que había por el suelo y donde más encontró, ahí se quedó) para pintar un mural con un mensaje activista: 'Todos juntos podemos parar el sida', que marcó un antes y un después en la lucha contra el VIH en España.



4

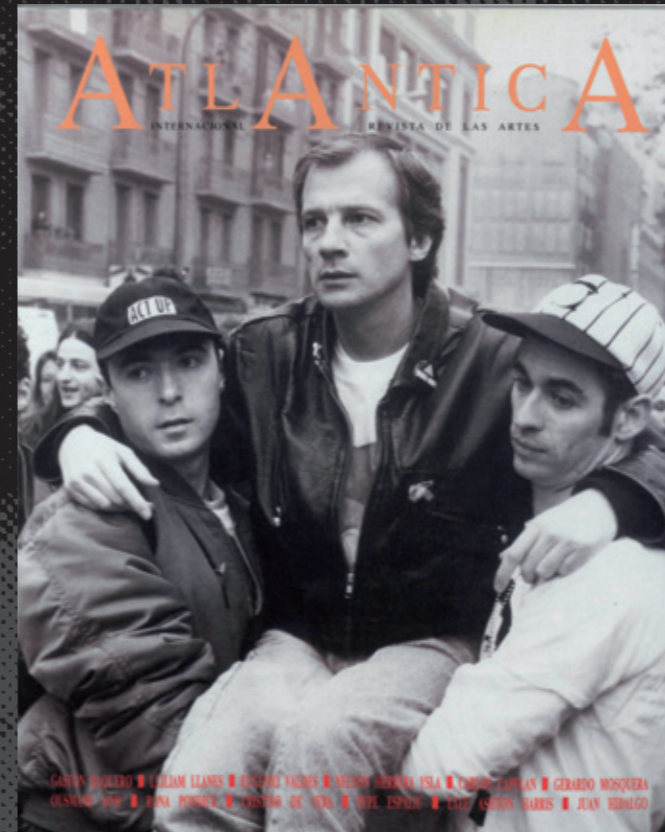


David Wojnarowicz Pintor, fotógrafo, escritor, cineasta, performer, compositor y músico estadounidense. Fue activista destacado contra el sida en Nueva York y fuente de inspiración para muchos otros artistas. La Fundación Loewe expuso su obra en su sede de Gran Vía, en Madrid. Allí compartió espacio con Peter Hujar, su amante y mentor, que lo fue todo para Wojnarowicz. En 1987 Hujar murió de sida y Wojnarowicz supo que era seropositivo, lo que dio a su trabajo un activismo y un contenido político mucho más explícitos.

5

Pepe Espaliú (1955-1993) Artista cordobés que cultivó facetas tan diversas como la pintura, la escultura, la poesía o las acciones públicas (performance). El último tramo de su obra está muy marcado por el sida, del que fue portador, dándole una fuerza y una expresividad desbordantes, buscando, entre otras cosas, que todos nos comprometiéramos con la causa. Su acción más conocida es 'Carrying', en la que el artista, con los pies descalzos, es llevado por los transeúntes como en el juego infantil 'sillita de la reina', trasladado de unos brazos a otros sin dejar que toque el suelo, en un recorrido por los cascos urbanos de San Sebastián (septiembre de 1992) y Madrid (diciembre de 1992), que incluía como punto de partida y de llegada edificios símbolo del poder institucional, cultural y sanitario, con intención de dar voz a una enfermedad que era estigmatizada y se silenciaba, y de instar a que el Ministerio de Sanidad tomara medidas.

📷 Imagen que recoge un momento de la acción 'Carrying', de Pepe Espaliu, en Madrid, en 1992. La foto, obra de Javier Caballero, se utilizó para la cubierta de la revista *Atlántica*.



«En lo que a mí respecta, el hecho de que en 1990 el cuerpo humano continúe siendo un tema tabú es increíblemente ridículo»

DAVID WOJNAROWICZ
Artista



los temas que vertebran su obra. Pepe Espaliú, Pepe Miralles, Javier Codesal o Jesús Martínez Oliva son figuras significativas. El VIH/sida ha constituido parte importante —aunque no la única— en sus trayectorias, que integran también otros conceptos que permiten que la visión de cada uno de ellos sea diferente, aunque con ciertas constantes e influencias comunes.

Más allá de nuestras fronteras, en Estados Unidos sobresalen como iconos del arte VIH/sida el pintor, fotógrafo, escritor, cineasta, artista de performance, compositor y grabador David Wojnarowicz; la fotógrafa Nan Golding; el artista y activista social Keith Haring, actualmente considerado un icono del movimiento; la artista y cineasta Rebecca Guberman-Bloom o el artista visual estadounidense-cubano Félix González-Torres. También, los fotógrafos Nicholas Nixon, Rosalind Solomon, Robert Mapplethorpe y Dona Ann McCaDams. La lista es larga. Junto a ellos, tienen un papel indiscutible los

B El impacto del VIH en el arte

trabajos gráficos, carteles, manifestaciones y acciones plásticas de los colectivos activistas que han venido trabajando desde los inicios de la epidemia. Entre ellos, es obligado mencionar a General Idea, Silence = Death, Gran Fur y ACT UP.

ROMPIENDO LOS MUROS DE LA INVISIBILIDAD

Habida cuenta de que las peores consecuencias de la epidemia están teniendo lugar en los países no occidentales, las imágenes de sus artistas nos presentan no sólo obras cuya herencia cultural es totalmente distinta sino también cómo y de qué manera se está viviendo en estos países la epidemia del VIH/sida. A través de unas imágenes nada complacientes que ponen en evidencia las desigualdades sociales y las dicotomías rico/pobre, raza blanca/negra y primer/tercer mundo, el trabajo de los artistas africanos da testimonio de la dura realidad que vive su continente: una población entera amenazada por la ausencia de ayudas económicas, políticas y sociales.

Entre estas creaciones mucho menos conocidas para el gran público, destacan de modo singular los artistas surafricanos. En ellos traslucen sentimientos de rabia, desesperación, impotencia y lucha.

Aunque desde el lado de los países desarrollados, y debido sobre todo a que la mortalidad se ha reducido espectacularmente, parece que la "batalla" está ganada, la realidad es que las infecciones no se detienen. Muchas personas no conocen su estado serológico. La estigmatización de los portadores del VIH sigue existiendo tanto en el mundo empresarial como en la esfera de lo privado. Y las políticas institucionales de prevención e información están desapareciendo. Así las cosas, el trabajo desde el arte puede ayudar a que estas cosas cambien o al menos se sigan planteando.

6

Pepe Miralles (Jávea, 1959) Artista y profesor de la Facultad de Bellas Artes de la UPV, es uno de los escasos artistas españoles que ha optado por incorporar las temáticas relacionadas con esta enfermedad de forma contundente y continua a su extenso corpus artístico desde los primeros años noventa, interesado principalmente por la perspectiva social del VIH y del sida. Miralles participa en grupos activistas y en la producción de contenidos culturales y visuales. Del 18 de octubre de 2018 hasta el pasado 3 de febrero, su muestra 'Elisa' ocupó las salas del Instituto Valenciano de Arte Moderno (IVAM).



📍 Proyecto 'Dinero=Poder=Muerte', de 1993, es una intervención de Pepe Miralles que se pregunta sobre las consecuencias de las especulaciones financieras en la salud de las personas afectadas por el VIH/sida.

7



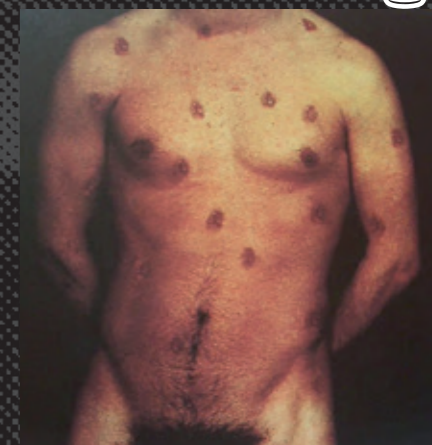
Javier Codesal (Sabiñánigo, 1958) Polifacético artista y uno de los pioneros del videoarte en España. Entre las obras más sobresalientes que abordan el impacto del VIH/SIDA en España, se encuentra su ciclo 'Días de Sida', que incluye, a modo de epílogo, el poemario *Feliz Humo* (2004). Este texto reconstruye el padecimiento y la muerte a causa del VIH/Sida de un cuerpo joven, sujeto y objeto de deseo, de cariño, en el vértice de su desaparición. Si el sida se relacionaba con la desfiguración y marcas corporales, Codesal selecciona un cuerpo masculino que no presenta ningún tipo de indicio patológico, un cuerpo sano.

9

Nan Goldin (1953, Washington D.C.) Renovadora de la fotografía documental y narradora de la escena contracultural de Nueva York de los años 70 y 80. Escribió: "Mi arte era el diario de mi vida. He fotografiado a la gente a mi alrededor. No pensaba en ellos como personas con sida". Nan tomó una serie de fotografías de Gilles Dusein y Gotscho, amantes que vivieron en Francia entre 1992 y 1993, desde fotografías cotidianas de la pareja queriéndose, en un estado de salud relativamente bueno, hasta Gotscho besando a Gilles después de su muerte como consecuencia del virus del sida.



8



Jesús Martínez Oliva (Murcia, 1969) Artista contemporáneo y profesor universitario español. Basa su investigación tanto a nivel teórico como desde la práctica artística en la problemática de la articulación de las identidades desde las perspectivas del género y la sexualidad.

10



Norman Catherine (1949, East London, Sudáfrica) Artista sudafricano cuya obra abarca la pintura, la escultura, el grabado y las técnicas mixtas. No cabe duda que la visión de los artistas africanos sobre el VIH/Sida supone todo un desafío que toma forma a través de representaciones muy diferentes, que van desde lo narrativo a lo alegórico, desde una incidencia en la información y la prevención hasta propuestas más metafóricas. Ha influido de forma importante al lenguaje y a la trayectoria de algunos de los artistas africanos más importantes. 📍 'The Grim Reaper'. Norman Catherine.

Autocuidados, estratificación, gestores... Los expertos coinciden y advierten: para cubrir las necesidades futuras de los pacientes con VIH hacen falta modelos proactivos, planificados y multidisciplinares.

Cronicidad = Nuevo modelo asistencial

Gracias a los tratamientos antirretrovirales, los avances en la lucha contra el VIH han sido enormes. Hasta el punto de que los pacientes gozan de una esperanza de vida similar a la de la población general. Y también, incluso, de buena calidad de vida. Eso significa, en primer lugar, que su edad media ha aumentado. En España, los pacientes mayores de 50 años han pasado del 7,2% en 2001 al 46,3% en 2016. En este escenario de envejecimiento, cobran protagonismo las comorbilidades, muchas propias de la edad y otras específicas asociadas al virus. "Las enfermedades definitorias de sida han perdido el protagonismo que tenían antaño", afirma **Juan Berenguer**, de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del hospital Gregorio Marañón de Madrid, que pone el dedo en la llaga: "Si se quieren cubrir las necesidades futuras de los pacientes infectados por VIH, tendrán que implantarse nuevos modelos asistenciales que hayan demostrado su efectividad en otro tipo de enfermedades crónicas".

El modelo asistencial vigente, característico de enfermedades agudas, deja de ser eficiente cuando una enfermedad pasa a crónica. "La atención a la cronicidad se ha convertido en un reto para los sistemas sanitarios", asegura Berenguer, coautor del artículo 'Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección por VIH', publicado el año pasado en 'Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica'. En este sentido, el Ministerio de Sanidad ya presentó en 2012 el documento 'Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud'.

Un estudio europeo revela que en 2030 el 84% de las personas que viven con VIH tendrá al menos una comorbilidad y el 28% tres o más. Otro estudio a nivel continental en personas mayores de 45 años muestra que el 75% de los portadores padece una o más enfermedades, frente solo al 60% de los no infecta-

dos. Los datos lo confirman: los pacientes con VIH triplican el riesgo de desarrollar insuficiencia renal, más del 40% de ellos tiene alguna función renal alterada y el 87% presenta riesgo moderado o alto de padecer una enfermedad coronaria crónica. Existen también comorbilidades oncológicas (los casos de cáncer son un 50% más frecuentes) y psiquiátricas (el 36% de los pacientes presenta síntomas de depresión, frente al 6% de la población general). "A los 50 años, un paciente con VIH presenta comorbilidades que serían más propias de un paciente de 65 no infectado", concluye **Roberto Nuño**, director de la Deusto Business School Health.

Por qué pasa esto? Hay varios factores. Unos son específicos del VIH, que produce anomalías como la activación y la senescencia inmunitaria, o la inflamación endotelial, que no se corrigen del todo ni lograda la supresión viral. Pero el VIH produce también efectos en el cuerpo que hacen que muchas patologías comunes aparezcan antes o se acentúen. A esto hay que sumar los efectos secundarios a largo plazo de los tratamientos antirretrovirales, las coinfecciones (sobre todo, hepatitis víricas) y unos estilos de vida por lo general menos

Pirámide de Kaiser permanente

Estratificación de la población según niveles de complejidad.

NIVEL 3

Pacientes de alta complejidad, con múltiples patologías y efectación multiorgánica, que van a requerir gestión de casos. Es decir, un coordinador (enfermería) que gestione activamente y agrupe sus cuidados.

NIVEL 2

Pacientes de complejidad moderada, con afectación de órgano, que van a requerir gestión de la enfermedad. Es decir, un equipo multidisciplinar, gestión proactiva siguiendo protocolos acordados y algoritmos. Se sustenta en buenos sistemas de información, planificación de cuidados e historias digitalizadas compartidas.

NIVEL 1

Pacientes de baja complejidad, recién diagnosticados, sin afectación de órgano, que van a requerir autocuidados.

NIVEL 0

Población sana o sin enfermedad crónica que va a requerir promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

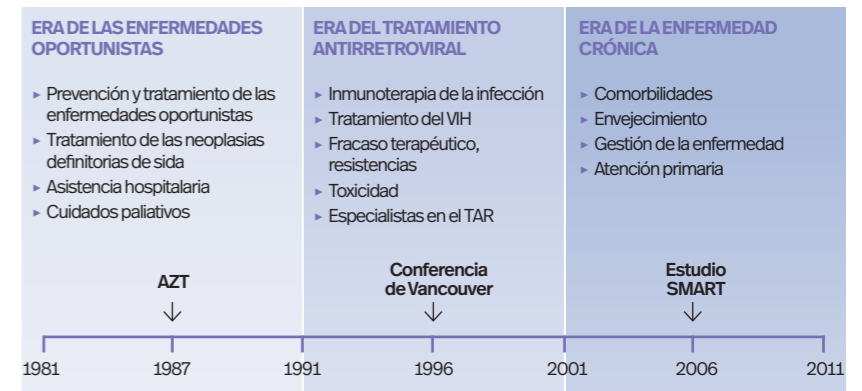
saludables. Según un estudio realizado por Nuño y **Manuel García-Goñi**, del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid, el gasto sanitario anual medio de un paciente con VIH es de 13.260,40 euros, frente a los 1.118,76 euros de un paciente sin el virus. Sin contar el tratamiento, el mismo estudio asegura que un paciente con VIH acabará costando al sistema diez veces más que uno que no lo tiene.

La conversión del VIH en enfermedad crónica implica necesariamente un giro copernicano en su abordaje, y no sólo ni principalmente por sus consecuencias económicas para el sistema. Todos los expertos insisten en que la gestión y atención deben hacerse desde un enfoque multidisciplinar del cuidado: los médicos especialistas en el virus y los que no lo son deben comunicarse más y mejor. En su artículo, Berenguer pone de manifiesto que en los últimos 25 años se han hecho grandes progresos en la gestión de las enfermedades crónicas. Un estudio de la Universidad de Stanford confirmó las ventajas de los programas de autocuidado, más allá de un mejor estado de salud, y de la reducción tanto de los ingresos hospitalarios como de los costes de atención médica. Ese estudio fue piedra angular para la creación del Stanford Patient Education Research Center, que ha desarrollado programas de este tipo para diferentes enfermedades crónicas que más tarde se han incorporado al sistema de salud estadounidense.

Por su parte, **Edward Wagner** y el MacColl Center for Health Care Innovation de Seattle diseñaron a finales de los noventa el denominado Modelo de Cuidado de Crónicos (CCM) tras comprobar que ante múltiples comorbilidades no es suficiente una buena medicina. Para su implementación, son necesarias una serie de intervenciones planificadas. Berenguer



TRES ERAS EN EL ABORDAJE DE PACIENTES CON HIV



advierte en su estudio que aplicar todas ellas, y no sólo una o dos, es esencial para que se produzcan mejoras sustanciales y sostenidas. "Muchos centros de diferentes comunidades autónomas españolas han puesto en marcha algunas de las intervenciones, pero resultan excepcionales los centros que aplican todas", se lamenta.

En este punto, cobran protagonismo la figura del gestor clínico, por lo general un profesional de enfermería con visión global de aspectos médicos, sociales y logísticos, y la estratificación de la población. Un modelo conocido de estratificación es la pirámide de Kaiser Permanente. "La clave es la alineación de objetivos asistenciales, según las necesidades específicas de cada paciente, con el desarrollo de programas terapéuticos individualizados. Este modelo de cuidados mejora los resultados, facilita el alta al domicilio y reduce de manera considerable los reingresos y los costes sanitarios", destaca Berenguer.

En definitiva, y manteniendo al hospital como pieza fundamental, como bien apunta Juan Berenguer, el reto es evolucionar hacia un modelo "proactivo y planificado, con implicación de atención primaria y otros especialistas de manera parecida a lo que ha sucedido con otras enfermedades crónicas".

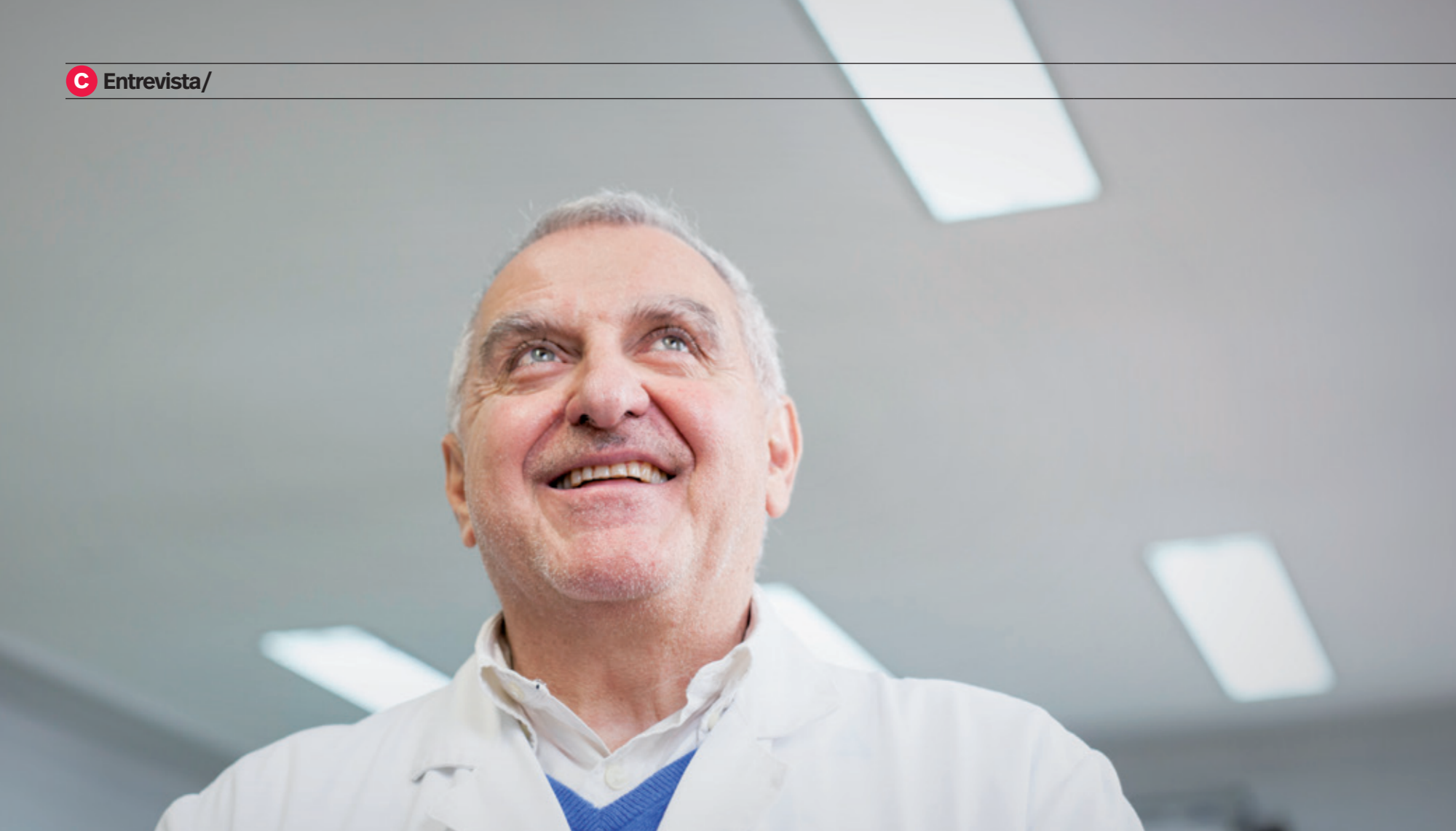
«Hay que evolucionar hacia un modelo asistencial proactivo y planificado, con implicación de atención primaria y de otros especialistas, como con otras enfermedades crónicas»

JUAN BERENGUER. HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN



6 intervenciones necesarias para implementar eficazmente el modelo CCM

- 1 Desarrollo de la autogestión del paciente con un método educativo estructurado y validado.
- 2 Desarrollo de sistemas de apoyo a la decisión clínica y aumento de las habilidades clínicas.
- 3 Desarrollo de un proceso asistencial de diseño horizontal basado en el trabajo en equipo.
- 4 Registro de pacientes e historia clínica electrónica conectada con Atención Primaria.
- 5 Estratificación de pacientes por riesgo con el fin de priorizar a los más necesitados y vulnerables.
- 6 Actividades de conexión con organizaciones sociales y la comunidad.



Jorge del Romero: «La gente viene a Sandoval a por mucho más que un diagnóstico o una medicación»

L director del Centro Sandoval en Madrid se enorgullece de las más de 230 gestaciones en parejas serodiscordantes sin transmisión del VIH, pero aún le preocupa el trabajo que queda por hacer en prevención frente a ITS.

P.—El Centro Sandoval se ha convertido en referencia en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Entiendo que habrá muchas claves para sostener este éxito. ¿Podemos decir que la accesibilidad es la primera?

R.—Sí, desde luego es una de ellas. Aquí

acude cualquier persona que cree que puede padecer una enfermedad sexual o que tiene síntomas y se quiere hacer un chequeo. A Sandoval se puede venir sin cita, sin papeles y sin ningún tipo de documento. Atendemos a todo el mundo, se hacen pruebas, si es posible de diagnóstico rápido, y se sale de aquí con resultados, incluso con el tratamiento en caso de necesitarlo. Una unidad hospitalaria tiene muchos filtros. Si a alguien se le rompe un preservativo y sabe que la persona con la que estaba tiene VIH, o cree que lo puede tener, o incluso no sabe si lo tiene, seguramente quiera una cita en el mismo día. Imagina que quiere

tomar la profilaxis, se va a urgencias y ahí puede que se la den o puede que no, o que le digan “no te toca este hospital”... Aquí las puertas están siempre abiertas, y eso es algo muy importante para aquellos grupos que consideramos “más difíciles”. En Sandoval la gente encuentra noventa años de historia. Noventa años garantizan que mucha gente ya conozca nuestra accesibilidad, nuestra profesionalidad, nuestra especialización en ITS y la inmediatez, que es posible gracias a que contamos con un laboratorio propio.

P.—¿La privacidad es otra de sus claves?

«Todos los avances en el tratamiento no han venido asociados a una disminución del estigma, ni siquiera entre los HSH, pero especialmente entre las mujeres»

R.—Por supuesto. Hay veces que la gente no quiere dar su nombre, y aquí pueden no hacerlo, simplemente se les asigna un código alfanumérico. Eso sí, luego preguntamos los riesgos de cada persona, preguntamos a la gente por su sexualidad de forma abierta, sin ningún tipo de juicio, y también preguntamos por

el consumo de drogas. Lo hacemos para poder personalizar el consejo y para establecer una periodicidad de los cribados. Hay gente que lleva viniendo aquí treinta años. Vuelven a Sandoval porque les gusta cómo les tratamos. Respetamos a todos. Aquí se vive la vida, la gente viene a mucho más que a por un diagnóstico o una medicación. Nunca se ha tenido muy claro dónde ubicarnos: en Primaria, pero no es Primaria; en hospitalaria, pero no es un hospital... Así que aquí estamos, un poco en terreno de nadie. Ahora estamos adscritos a la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico, al Servicio de Medicina Externa. De todos modos, no ha cambiado nada, las señas de identidad de este servicio se han mantenido: un servicio fácil y desburocratizado, sin ningún tipo de requerimiento.

P.—¿Cómo describiría la foto de este centro? ¿Quién trabaja aquí cada día?

R.—**Empezaría por la imagen que la mayor parte de los días tiene nuestro centro minutos antes de que se abra: una fila de gente esperando en la puerta.**

Hay veces que no damos abasto, atendemos lo más urgente y tenemos que dar citas para el día siguiente. A las 8.30 se abren las puertas y en media hora ya no queda nadie en la calle. Se distribuyen por las diferentes consultas. Trabajamos cuarenta personas. Algunos pacientes pasan a medicina, otros a enfermería, a

extracciones... Hay once consultas asistenciales, ocho de ellas son para VIH, cinco son consultas de medicina, tres de enfermería, una de ginecología, una de psicología y una de trabajo social. Siete funcionan sin cita previa, a demanda, dos con cita programada y otras dos son mixtas. Todo esto además del laboratorio. Antes abríamos por la tarde y podíamos atender a mucha más gente, pero los recursos se han reducido y ahora sólo abrimos por las mañanas. Aún así, el año pasado atendimos 28.229 consultas.

P.—Lleva cerca de cuatro décadas en este centro, del que ahora es director. ¿Cómo ha sido la evolución, el cambio de escenario a lo largo de estos años?

R.—Llegué aquí cuando el virus no tenía ni nombre. Más tarde se le puso nombre y pruebas para diagnosticarlo, pero no había medicamentos. Había médicos que directamente ni hacían las pruebas porque no servían de nada. Daban indicaciones para no contagiar a más personas y listo. Yo creo que la historia del VIH tiene dos partes. La primera empieza con los primeros casos que se detectan en Estados Unidos, en el 81, donde veían una enfermedad rara, que afectaba a chicos gays, y que producía una neumonía rarísima. No es hasta el año 85 cuando se describe y se pone nombre al virus, y pronto aparece una prueba diagnóstica, aunque por

«En Sandoval la gente encuentra noventa años de historia. Noventa años garantizan que mucha gente ya conozca nuestra accesibilidad, nuestra profesionalidad, nuestra especialización en ITS y la inmediatez»



PERFIL

Jorge del Romero es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid desde 1980. Especialista Universitario en ITS/VIH y Magíster Universitario en ITS/sida. Dirige el Centro Sanitario Sandoval de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid desde 1997. Es miembro fundador de SEISIDA, de GeSIDA, de la SEIMC, y miembro de IAS (Sociedad Internacional del sida) y de EACS (European Aids Clinical Society). Es, además, vicepresidente de la Fundación FIT y profesor de varios cursos de máster y doctorado en la Universidad Complutense de Madrid. Ha publicado más de 220 artículos en revistas de ámbito nacional e internacional relacionados con la infección del VIH, hepatitis víricas y otras ITS. Ha realizado más de 400 comunicaciones en congresos nacionales e internacionales. Destaca también su participación en diferentes proyectos de investigación como el de la Epidemiología de las ITS en España o el Consejo Reproductivo a Parejas Serodiscordantes al VIH.

aquel entonces se tardaba mucho tiempo en confirmar. En el 87 aparece el primer fármaco para el VIH, que incrementa la vida un año. A los pacientes les dábamos seis pastillas al día y les decíamos que con suerte vivirían un año más. Siguieron apareciendo nuevos medicamentos, pero eran poco efectivos, y muchas veces el virus se hacía resistente. **Se ha muerto muchísima gente. Estamos hablando de quince años brutales. A la gente que trabajamos esa época nos ha dejado una huella muy profunda. Esto era una sentencia de muerte.** La segunda parte de esta historia es a partir del año 96, cuando aparecen dos cosas importantes: los inhibidores de la proteasa y la prueba de la carga viral. Ambas, determinantes para la evolución en el tratamiento de la enfermedad. A partir de entonces comenzamos a conseguir que la carga viral bajara a niveles indetectables, a que aumentaran las defensas. Decirle a una persona que se iba a morir, con respecto a lo que hay ahora... ha cambiado el escenario radicalmente. Antes tomaban diez o quince pastillas al día, y ahora una y mucho menos tóxica. Los efectos eran muy dañinos y en ocasiones muy estigmatizantes, como la lipodistrofia, con la que te quedabas sin grasa en la cara, en los brazos, en las piernas, o los cólicos de riñón que te obligaban a ir con agua a todas horas.

P.—¿Ha cambiado también el perfil del paciente?
R.—No tanto, aunque sí que ha cambiado la proporción de los perfiles. Siguen viniendo muchos usuarios de drogas, pero ahora este grupo viene en menor proporción. Antes el perfil de heterosexual heroinómano era mucho más frecuente. Ahora nueve de cada diez personas que entran por la puerta son HSH, cuando antes eran cinco ó seis de cada diez. Algunos, además, se pinchan, pero pocos. También vienen personas coinfectadas de hepatitis C. Y antes y ahora siguen viniendo muchas parejas serodiscordantes,

que en el 80% de los casos están constituidas por un hombre VIH+ y una mujer VIH-. Y en bastantes de esos casos ellas no saben que su pareja es HSH. Este centro puede presumir precisamente de la atención a las parejas serodiscordantes. Nosotros apostamos desde hace muchos años por estas parejas, muchas veces incluso mientras notábamos que otros profesionales de la salud no entendían el objetivo de nuestro trabajo. Decían: “Están locos en Sandoval”, y nada de eso. Llevábamos analizando esto desde el año 89, cuando pusimos en marcha esta cohorte para cubrir las expectativas de estas parejas. En el año 96, empezamos a ver que si había carga indetectable no había transmisión, y lo publicamos. Historias muy distintas a las que en Sandoval decidimos prestar atención, y ahora suman 230/240 gestaciones naturales y más de 15.000 relaciones coitales sin condón con cero casos de transmisión sexual y/o vertical.

P.—¿Qué requerimientos han de tener en cuenta estas parejas?
R.—Lo único imprescindible es que el miembro positivo de la pareja esté persistentemente indetectable, como mínimo seis meses antes de comenzar con el proceso y con una adherencia al tratamiento superior al 95%. Además, en el caso de que sea la mujer, deben estar tomando un tratamiento no teratogénico para no hacer daño al bebé.

P.—¿Qué ha aprendido usted a lo largo de todos estos años?
R.—A ser mejor persona, creo. A respetar más. He aprendido a buscar soluciones distintas, a que entre todos los caminos siempre hay uno que es el menos malo. Siempre hay uno mejor que otros, y por ese hay que tirar. También he aprendido a no mirar mucho atrás, ni lamentarme de lo que hemos hecho o dejado de hacer. Lo hecho, hecho está. Hay que mirar hacia delante.

P.—¿Se ha perdido el miedo al VIH?
R.—Claro, antes moría todo el mundo.

El miedo ahora se ha perdido y, por supuesto, la gente se ha relajado. Hay gente que prefiere acceder al tratamiento, empezar a tomarse la pastilla y listo, ya no se preocupa.

P.—Si ha disminuido el miedo, ¿ha disminuido el estigma?
R.—No. Pregúntale a una mujer seropositiva. Todos los avances en el tratamiento no han venido asociados a una disminución del estigma, ni siquiera entre los HSH, pero especialmente entre las mujeres. Las mujeres no pueden dar la cara porque no saben cómo va a reaccionar su familia, su entorno, la gente del trabajo, en el colegio de los niños... Ese miedo se ha mantenido. Hay algo que me llama mucho la atención: cuando un hombre se entera de que su mujer tiene VIH sale corriendo; al revés, no suele ocurrir tanto. También veo mujeres que aguantan a parejas sexuales que ni de broma aguantarían si no tuvieran la infección. Pienzan: “Este hombre ha aceptado”, y tienen miedo a quedarse solas. **Nunca aparecen, pero cada año se diagnostican 500 chicas. A mí, si hay algo que me motiva en mi vida profesional, son ellas.**

P.—Menos miedo, el mismo estigma ¿y menos prevención?
R.—El descenso del miedo ha hecho que se popularicen fiestas como las

‘chemsex’, aplicaciones como Tinder o Grinder, las famosas sesiones con GHB, éxtasis líquido, metanfetamina, y además ha bajado la edad. La mayor parte de la gente ha tenido sexo bajo el efecto de las drogas. Al final, si vas drogado, toda la información del mundo no existe. “¿Cuántos te has preñado?”, se preguntan. “Me he preñado siete”. Se trata de un tío al que le han penetrado siete veces en una sesión. Hay comportamientos y prácticas sexuales que sólo se practican bajo el efecto de las drogas. Por tanto, creo que, junto a la educación sexual, habría que educar en el consumo de drogas: no se pueden separar. Incluyo el alcohol. Un chaval, con 17 años y cuatro cubatas, al final tiene un pedal que no va a utilizar condón ni de broma. **Podemos seguir pensando que, con las herramientas que manejamos, basta con decir a los chicos “póntelo, pónselo”, pero hay que bajar a la realidad, hacer un análisis de las drogas que consumen, de las aplicaciones que utilizan y de las prácticas que están llevando a cabo.**

P.—¿Cómo se trabaja la prevención en Sandoval?
R.—Quizá una de las cosas más importantes que hacemos es el seguimiento de los pacientes que no tienen enferme-

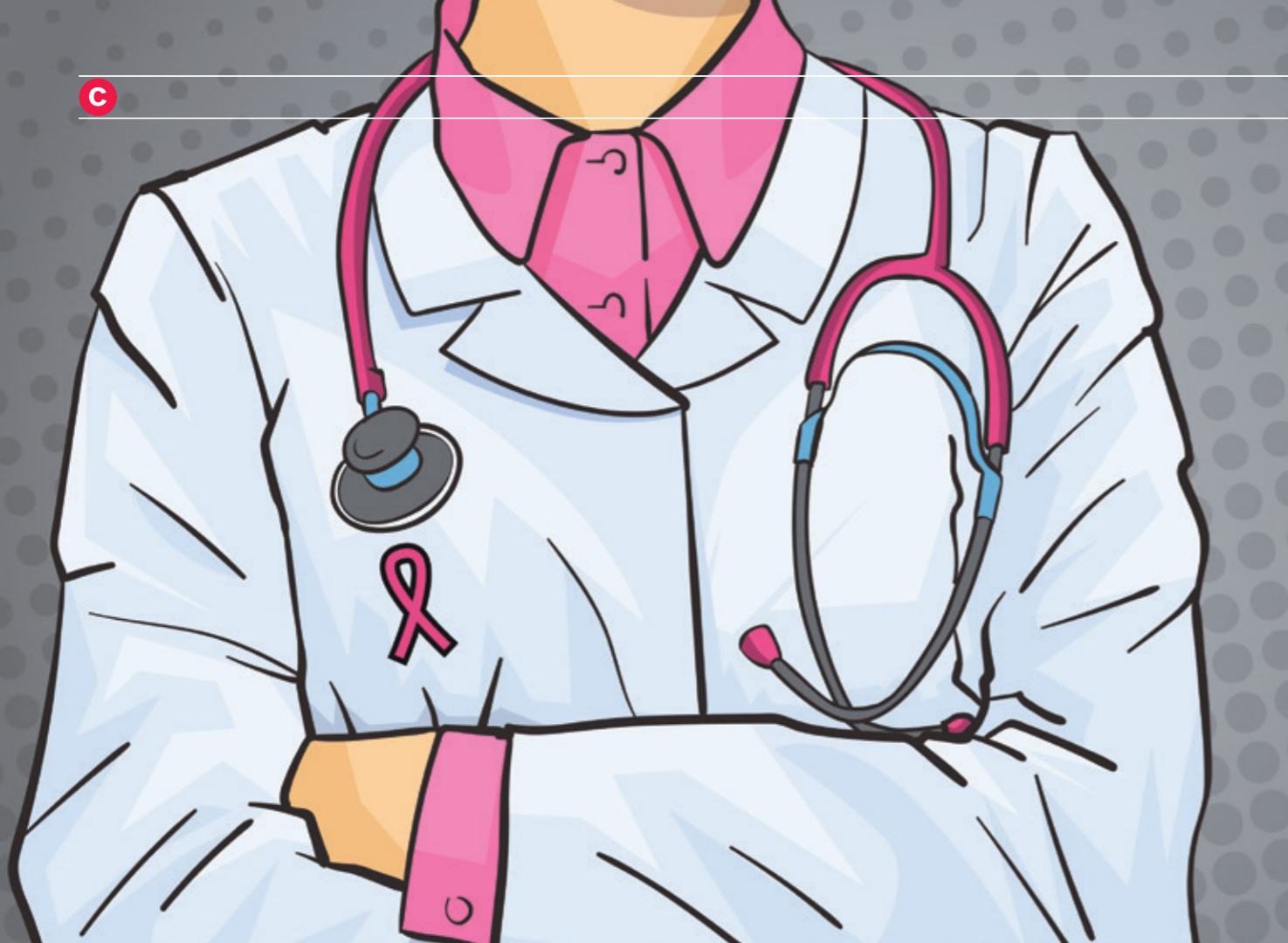
dades de transmisión sexual pero están en riesgo de adquirirlas. Nos basamos en aspectos conductuales: sexo sin preservativo, usuarios de drogas, si usa drogas para tener sexo, personas con numerosas parejas sexuales, trabajadores de la prostitución, ya seas hombre, mujer o transexual... Son los perfiles más comunes de los nuevos diagnósticos. A esas personas se les invita a venir regularmente y hacerse chequeos.

P.—¿Qué relación tienen los nuevos diagnosticados y las chemsex?
R.—De entre los recientes diagnosticados, es decir de aquellas personas que hace menos de un año se habían hecho una prueba y habían dado negativo y ahora dan positivo, el 88% consumía algún tóxico. Entre los consumidores de mefedrona, que son un 13% del total que consume, todos habían tenido penetraciones sexuales sin ninguna protección, una cifra similar a los que consumen GHB. Otras drogas comunes en estas fiestas son el alcohol, la metanfetamina, el éxtasis, la cocaína, los poppers, la ketamina, el cannabis y los potenciadores de erección. Algunas de estas drogas son inyectadas y es frecuente el policonsumo.

P.—¿Cuáles son las mayores dificultades del Centro Sandoval?
R.—Dar cobertura asistencial a toda la gente que lo necesita, y que no tengan limitaciones fuera de aquí, como la gente que no tiene tarjeta sanitaria y no sabemos a dónde derivarla.

P.—¿Y sus objetivos?
R.—Disponer de todas las herramientas preventivas, incluidos los medicamentos, y mantener actualizado nuestro laboratorio para poder garantizar a nuestros usuarios resultados inmediatos. También nos gustaría, y creemos que hay demanda, abrir por la tarde y atender a gente que por la mañana tiene más dificultades y consideramos población diana, como los trabajadores del sexo.

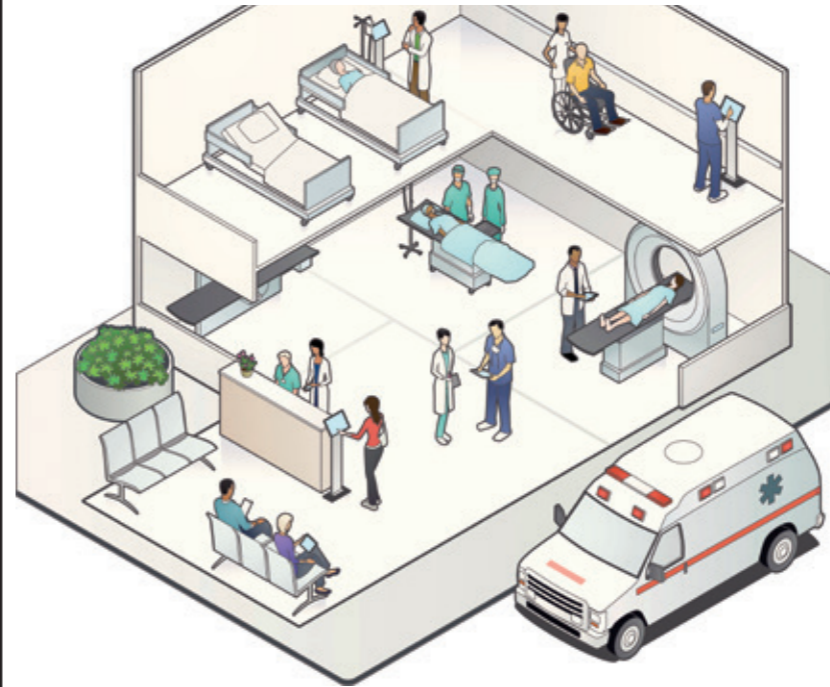




EL OTRO VIH

El VIH configura una realidad muy diversa. Mucho más amplia y compleja que la que normalmente se tiende a considerar. No todos los afectados son tratados en grandes centros hospitalarios, bien dotados de profesionales y recursos; al contrario, muchos acuden regularmente a hospitales de tercer nivel, donde establecen una relación más cercana y personal con sus médicos. También hay quien, por diversas razones, elige la sanidad privada. No hay que perder de vista a los inmigrantes ni a otras poblaciones vulnerables, ni el papel de la enfermería. Hemos querido acercarnos a estas otras realidades que completan el presente de la epidemia.

1 Pequeños hospitales. La pata más invisible del sistema



Según el Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad de 2018, de los 799 hospitales registrados en el territorio español sólo un 9,3% tiene más de 500 camas, es decir, se considera un hospital grande. Los centros de tamaño medio (200 a 500 camas) son el 18,2% del total. Eso quiere decir que el 72,3%, tres de cada cuatro, se encuadra en la categoría de hospitales pequeños, de menos de 200 camas.

Los hospitales pequeños suponen, por tanto, las tres cuartas partes del en-

tramado hospitalario nacional. Cuentan con menos medios y personal. El número de pacientes con VIH que atienden oscila entre 40 y 200, pero deben afrontar esta realidad igual que los hospitales grandes. Es lo que los pacientes esperan y lo que el sistema garantiza. Las preguntas salen solas: ¿cómo es en realidad la atención que proporcionan estos centros a los pacientes con VIH?, ¿cuánto difiere, si difiere, de la que ofrecen los grandes hospitales?

“En general, el abordaje es similar en todos los centros”, afirma **José Antonio Ramírez Correa**, adjunto de medicina

Tres de cada cuatro hospitales se consideran pequeños en España. Suplen su falta de recursos, tiempo y personal con el esfuerzo y dedicación de sus profesionales. Visibles o no, en ellos se atiende al 72% de los pacientes con VIH.

interna y responsable de la consulta de infección de VIH en el Hospital Sant Joan de Deu, en Martorell (Barcelona). En su consulta se atiende a 45 de los 85 pacientes con VIH que tiene el hospital. “No inventamos ni experimentamos con lo que ya está establecido, sabemos que funciona. Si acaso, aún somos algo más rígidos con el seguimiento de las guías por precaución, por tener menor experiencia”, explica.

Los hospitales pequeños suelen tener uno o dos médicos que se ocupan de los pacientes con VIH/sida, como Ramírez, generalmente especialistas de medicina interna. Trabajan siempre en estrecha colaboración con la farmacia hospitalaria, que les ayuda con la elección del TAR, los efectos e interacciones de los medicamentos, la adherencia, la dispensación y otros asuntos relacionados con el control y seguimiento de los tratamientos.

Una de las barreras con que se encuentran los centros pequeños es que ni su actividad clínica ni su consulta son de dedicación exclusiva a esta patología. La compaginan con otras: consultas, guardias, urgencias, planta... “Nuestra labor como internistas va desde la supervisión de ingresos hospitalarios desde Urgencias a la atención continuada de más de 200 pacientes ingresados, pasando por consultas y hospital de día. No disponer de más especialistas, residentes, enfermeros,

investigadores o estadísticos en éste área hace que sea complicado, en ocasiones, dedicar un tiempo proporcional y conveniente a todos y cada uno de nuestros pacientes”, explica **Guillermo Verdejo Muñoz**, coordinador de la Unidad de ETS y adjunto del Área de VIH del Servicio de Medicina Interna del Hospital Residencia Sant Camil (Barcelona).

Ambos facultativos coinciden en que la investigación supone uno de los mayores déficits que afronta este tipo de centros. Es, lógicamente, una investigación más modesta que la que se realiza en grandes hospitales. “Los problemas que vivimos los centros comarcales se derivan, en definitiva, de la escasez de recursos y de la escasez del tiempo de los profesionales que los integramos. Tenemos que formarnos, estudiar e investigar cuando podemos hacerlo, con recursos aportados por nosotros mismos, en nuestro tiempo libre”, reconoce José Antonio Ramírez. Que añade: “Esto es incomprensible en otros países y, probablemente, ignorado por la población en éste. Además, manejamos un número limitado de pacientes, con lo cual el impacto investigador que podemos tener —cuando podemos hacer investigación— es muy limitado”.

Según este especialista, los grandes centros cuentan con una estructura que, aunque no sea exclusiva para la atención de VIH, permite a sus profesionales formarse, estudiar, investigar y atender en torno a una especialización o a una patología concreta, en este caso la infección por VIH. Todo ello, en su horario laboral y con recursos específicos para ello. “Creo que un inconveniente real es la falta de visibilidad de este tipo de centros y de la labor meritoria de los especialistas que trabajan en ellos. La poca capacidad investigadora, limitada por una gran

carga asistencial, suele ser un muro difícil de flanquear”, coincide Verdejo. “Considero que los hospitales pequeños nunca han sido bien valorados, ni tan siquiera por muchos de nosotros. Se debería incentivar al personal que trabaja en ellos a fin de que su objetivo no sea el de ‘hacer puntos’ o acumular experiencia para trasladarse, sino más bien ver un centro donde continuar su trabajo, garantizar y exigir la excelencia para el paciente”, sugiere sin pelos en la lengua.

A favor de los hospitales pequeños, es justo reconocer que el trato en consulta es mucho más cercano y abierto, aunque limitado en el tiempo por problemas de agenda. En este sentido, no difieren tanto de otros centros más grandes. **“Un aspecto ventajoso de un hospital pequeño es la continuidad del especialista en el seguimiento de la enfermedad del paciente. A menudo, les sorprende que el mismo médico que le vio el primer día sea el que les haga el seguimiento. Esto genera más confianza y se traduce en un beneficio mutuo”**, pone en valor Guillermo Verdejo.

Los inconvenientes específicos para el paciente de VIH en un centro comarcal están relacionados, según Ramírez, con la dificultad de los médicos que trabajan en esos centros de tener un grado de especialización más concreto. “Aunque esto, en realidad, afecta más al paciente que está mal controlado por la razón que sea —mala adherencia, coinfecciones, infecciones oportunistas, eventos sida...— que al paciente estable y bien controlado, como es la mayoría, que se beneficia de tener un especialista generalista como nosotros”, afirma. Verdejo señala otro inconveniente para el paciente con VIH: “Al no disponer de una área privada, ni propia, nuestros pacientes comparten espera con otras especialidades como traumatología, cirugía,

digestivo... Hecho que supone una falta de privacidad”.

A veces, cuando se ha aceptado la indicación de un nuevo tratamiento o una nueva combinación de TAR, los hospitales pequeños sufren algunos meses de retraso. Deben someterse a los criterios antes instaurados en centros mayores, y dependen de su experiencia. Aunque esto, aseguran, no supone grandes problemas. “Cada vez nos comunicamos mejor. Es muy infrecuente que el retraso en instaurar nuestros propios protocolos sea notorio en la práctica”, aclara Ramírez. Y añade: “Existe otro gran problema en un sentido global, que no depende exclusivamente de nosotros, y es el del estigma. Los tabúes y la ignorancia”. “Debemos esforzarnos más y mejor en educar y en explicar”, subraya Verdejo.

José Antonio Ramírez considera que todavía se da mucha importancia social a la subespecialización y a la atención de tercer nivel, cuando, en realidad, el 80% de la población está siendo asistida por centros de salud y médicos generalistas, también en hospitales de tercer nivel. “Esto no es marginación, es el resultado

«Considero que los hospitales pequeños nunca han sido bien valorados, ni tan siquiera por muchos de nosotros. Se debería incentivar al personal que trabaja en ellos a fin de que su objetivo no sea el de ‘hacer puntos’ o acumular experiencia para trasladarse, sino más bien ver un centro donde continuar su trabajo, garantizar y exigir la excelencia para el paciente»

JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ CORREA
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU, MARTORELL

de la exigencia de la población, a la que no le hemos explicado demasiado bien cómo debería funcionar el sistema ideal de salud, lo cual tiene más delito teniendo uno que se acerca mucho a ese ideal”. El médico del hospital Sant Joan de Deu de Martorell rompe una lanza en favor de la atención en hospitales pequeños: “Recientemente, y hablo de unos diez a quince años, que es, en realidad, la tercera parte de la historia de la enfermedad, hemos aprendido a formar a profesionales, principalmente internistas, en centros de menor concentración de población. Estamos viendo que es eficiente. Por eso, aunque seguimos asistiendo a menos pacientes que en los grandes centros, creo que podemos hablar de especialistas en VIH con un mayor grado de experiencia en centros de menor complejidad. Cada vez más se esta igualando lo bien atendido que está un paciente con VIH en un centro de tercer nivel y en uno comarcal”.



2 Enfermería, clave en la educación del VIH



Los profesionales de Enfermería ponen la cara más humana de la atención al VIH/sida. Cuidan, velan por la adherencia, educan al paciente y a su entorno. . . Son apoyo imprescindible para el día a día de una patología devenida en crónica.

Enfermería es una pieza clave en la atención a los pacientes con VIH/sida. En sus manos se confía no sólo el seguimiento de los tratamientos sino también la labor de concienciación y la divulgación de una educación sexual correcta para evitar que aumenten los contagios. “El papel de enfermería es muy importante en el momento del diagnóstico del VIH, que supone un mazazo en la vida de cualquier persona. Aparecen las culpabilidades, los miedos, la incertidumbre de cómo será su vida a partir de este momento. . . Nuestro papel es

intentar que estas personas aprendan a vivir con el VIH, que no vean el diagnóstico como algo terrible y que piensen que van a poder llevar una vida normal”, explica **María Asunción García Gonzalo**, enfermera de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Galdakao-Usansolo (Bilbao).

“Tenemos un papel muy importante en la educación, tanto del paciente como de su familia o entorno. Deben quedar claras cuáles son las vías de transmisión del VIH para vivir con tranquilidad, qué prácticas pueden tener riesgo y cuáles no. Asimismo, reforza-

mos la información que ha dado un médico sobre la enfermedad y su evolución, qué son los CD4 y la carga viral, los tratamientos, la importancia de una buena adherencia al TAR para su calidad de vida futura... Y nos ofrecemos para ayudar a comunicar el diagnóstico a su familia o a su pareja”, añade García.

Para el paciente, es fundamental que su equipo asistencial sea accesible, sobre todo al inicio del tratamiento o ante cambios en la medicación. “Los pacientes tienen acceso a mucha información a través de internet que no siempre es precisa o fácilmente interpretable. Suelen hacerse ideas erróneas sobre su enfermedad”, advierte García. En las consultas sucesivas, los profesionales de Enfermería ejercen por tanto una labor de apoyo a la consulta médica e intentan detectar pacientes con malas adherencias al tratamiento, así como identificar motivos para intentar resolverlos. Todo, como parte de un equipo multidisciplinar que incluye personal farmacéutico, médico y de enfermería. “Sólo mediante una buena coordinación es posible mejorar el cumplimiento y evitar las pérdidas de seguimiento. El tratamiento para el VIH es la única manera para frenar la infección, de ahí nuestra preocupación en intentar que nuestros pacientes tengan una adherencia del 100%”, afirma María Asunción García.

La atención al paciente con VIH/sida desde la enfermería ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Las personas seropositivas se han convertido en pacientes crónicos y estos profesionales han tenido que ir adaptando su práctica clínica a la nueva situación. Hasta 1996, cuando llegaron las nuevas terapias antirretrovirales, los pacientes ingresaban con patologías muy graves y con su sistema inmunitario ya muy débil, incapaz de controlar las enfermedades oportunistas. “En esa época

nuestra labor se desarrollaba fundamentalmente en planta y con pacientes ingresados. Actualmente, nuestros pacientes se ven en consulta y el aumento de la esperanza de vida ha producido la aparición de patologías asociadas al envejecimiento, con comorbilidades y tratamientos concomitantes”, observa.

Enfermería tiene una creciente relevancia, tanto en hospitales como en consulta. “Los pacientes confían y valoran nuestro trabajo, creo que les resultamos más accesibles”, afirma García. Como en muchas especialidades, es importante que el profesional esté preparado y tenga la formación adecuada. La aparición de nuevos fármacos y sus posibles interacciones o efectos adversos obliga a una actualización continua. “Muchas veces somos el intermediario entre el paciente

y el médico, y es importante que sepamos resolver dudas para tranquilizar al paciente. Y también para saber cuándo es necesario derivarlo a la consulta con su médico”, explica.

La tendencia de futuro, según se vislumbra observando el panorama profesional, es seguir implementando las consultas de enfermería. “Nuestra carrera ya es un grado y la prescripción por parte de las enfermeras, después de muchos obstáculos, es un hecho. Por supuesto, con los protocolos y las directrices que se establezcan”, dice María Asunción García. Y añade: “La investigación también era un reto pendiente pero, poco a poco, estamos presentes en proyectos. La esencia de nuestra profesión es cuidar, con mayúsculas, pero con las competencias necesarias para poder llevarlo a cabo”.

«Solo mediante una buena coordinación es posible mejorar el cumplimiento y evitar las pérdidas de seguimiento. El tratamiento para el VIH es la única manera para frenar la infección, de ahí nuestra preocupación en intentar que nuestros pacientes tengan una adherencia del 100%»

MARIA ASUNCIÓN GARCÍA GONZALO
ENFERMERA DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS DEL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO
(BILBAO)



3 **Inmigrantes con VIH. Derribando muros**

El diagnóstico precoz, la educación sanitaria adaptada cultural y lingüísticamente, y fomentar la conexión con los servicios médicos son algunas claves para combatir el VIH entre la población inmigrante, que mayoritariamente —según todos los estudios— es infectada con el virus en nuestro país

Desde mediados de los años 90 del pasado siglo, la inmigración ha sido un fenómeno creciente en España. Como consecuencia de la incorporación de estos nuevos ciudadanos, también han aparecido nuevos pacientes infectados por VIH. Con su propia problemática: el virus afecta de forma desproporcionada a la población inmigrante en nuestro país. Si en España la incidencia de nuevos casos de infección por VIH se mantiene estable desde el año 2000, aunque por encima de la media de la Unión Europea y de Europa Occidental, con 3.353 nuevos casos y una

tasa global de 8,60 por 100.000 habitantes en 2016, un 33,7% de esos nuevos casos corresponde a personas originarias de otros países. Esta cifra todavía sería mayor si incluyera a personas que viven en situación irregular, pero ese dato no está contemplado en las estadísticas.

“Los migrantes son colectivos especialmente vulnerables por sus diferencias culturales e idiomáticas, y por el estigma que conlleva la infección por VIH. Aunque es frecuente la asunción de que la mayoría de estas personas adquirió la infección en sus países de origen, cada vez hay más evidencias

que muestran que la proporción de infecciones adquiridas posmigración es elevada”, subraya **Rogelio López-Vélez**, director de Salud Entre Culturas, especialista en Enfermedades Infecciosas y jefe de la Unidad de Medicina Tropical en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Recientemente, un estudio a nivel europeo (aMASE Study) ha determinado que la proporción de migrantes que de forma probable o definitiva adquirió la infección en sus países de acogida sería del 72% entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y del 38% entre los heterosexuales. Esa proporción ascendería al 68% en el caso de latinoamericanos y al 32% en el de africanos subsaharianos. “Ya que cada vez más el VIH se adquiere en los países de acogida, los programas dirigidos a la población migrante no sólo deben centrarse en el diagnóstico precoz sino también en la prevención de la infección”, afirma López-Vélez.

Salud Entre Culturas (SEC) persigue educar a la población inmigrante en temas sanitarios y ayudarla a prevenir y detectar enfermedades transmisibles, como el VIH. Y, además, pretende desmontar tópicos como el referido por López-Vélez más arriba. Dispone de un equipo multidisciplinar que cuenta con profesionales de la salud, la psicología, la interpretación, la mediación intercultural o la gestión que busca la integración de la población inmigrante a través de la salud.

En el caso de los inmigrantes, afrontar la vida con VIH puede ser todavía más difícil en un contexto en el que ya enfrentan otros importantes retos vitales. Los conceptos erróneos sobre el VIH/sida son obstáculos para su prevención. Y el estigma dificulta una atención social y médica eficaz, incluida la terapia antirretroviral, y aumenta el número de infecciones por VIH.

Además, la situación de irregularidad administrativa de los inmigrantes es un obstáculo para su atención, ya que dificulta la posibilidad de citación, la realización de pruebas complementarias y el acceso al tratamiento. Aunque existen canales que permiten solventar estos problemas, los trámites resultan complejos y, a menudo, como señalan todos los expertos, retrasan o dificultan una adecuada atención médica. La atención en la consulta debe enfrentar frecuentemente también diferencias culturales y barreras lingüísticas, y los cambios de residencia por necesidades laborales, las barreras administrativas o la falta de apoyo en su entorno social hacen que los inmigrantes interrumpan con más frecuencia el seguimiento de su infección por el VIH. “Uno de los factores que hace patente la mayor vulnerabilidad del colectivo inmigrante es la elevada proporción de diagnósticos tardíos, especialmente entre norteafricanos (61.4%) y subsaharianos (57.9%), lo que ocurre a pesar de que en España la prueba del VIH es gratuita y

33,7%

El 33,7% de los nuevos casos de infección en España corresponde a personas nacidas en otros países.

confidencial para todas las personas”, denuncia López-Vélez.

Por otra parte, existen múltiples estudios que demuestran una menor utilización de los servicios sanitarios (hospitalización, atención primaria y especializada, y consumo de fármacos) por parte de la población inmigrante. En general, se detecta más presencia en los servicios de urgencias, posiblemente por la facilidad de acceso, y menos en los

servicios preventivos. “Este menor uso de los recursos sanitarios se atribuye, entre otros factores culturales, a que el modelo sanitario paliativo es el modelo dominante en sus países de origen, frente al modelo preventivo de los países como España”, explica López-Vélez. Según este especialista, otro factor decisivo es la falta de servicios adaptados lingüística y culturalmente, lo que crea una barrera fundamental de comunicación que hace que algunos inmigrantes prefieran visitar servicios dentro de su propia comunidad y no acudir a centros sanitarios.

Para ser efectivas, “las estrategias educativas y de prevención deben acompañarse de medidas que favorezcan el ‘linkage to care’, esto es, la conexión de los infectados por VIH con los servicios médicos”, asegura **Cristina Arcas**, enfermera especialista en Enfermedades Tropicales y antropóloga social que trabaja como coordinadora de área en Salud Entre Culturas. “Un programa integral de



Factores más importantes de riesgo de infección en población inmigrante

- Separación de la familia y del entorno social habitual
- Bajo apoyo social y sensación de soledad
- Desconocimiento de sus derechos
- Insuficiente percepción de riesgo
- Desinformación sobre el VIH
- Tabúes sexuales en torno a las medidas de prevención y del propio VIH
- Consumo de alcohol o de drogas
- Exposición frecuente a la violencia sexual en el caso de las mujeres

educación para la salud, el diagnóstico precoz y la atención especializada adaptada cultural y lingüísticamente permitirían mejorar la atención del VIH en una población especialmente vulnerable a la que no están llegando las medidas disponibles hoy. Hay que implantar servicios adaptados lingüística y culturalmente en nuestro sistema sanitario, reconocer el papel del intérprete/mediador en consulta y hacer que la legislación, tanto a nivel europeo como a nivel nacional, conceda implícitamente el derecho a la asistencia lingüística al paciente”, añade Arcas.

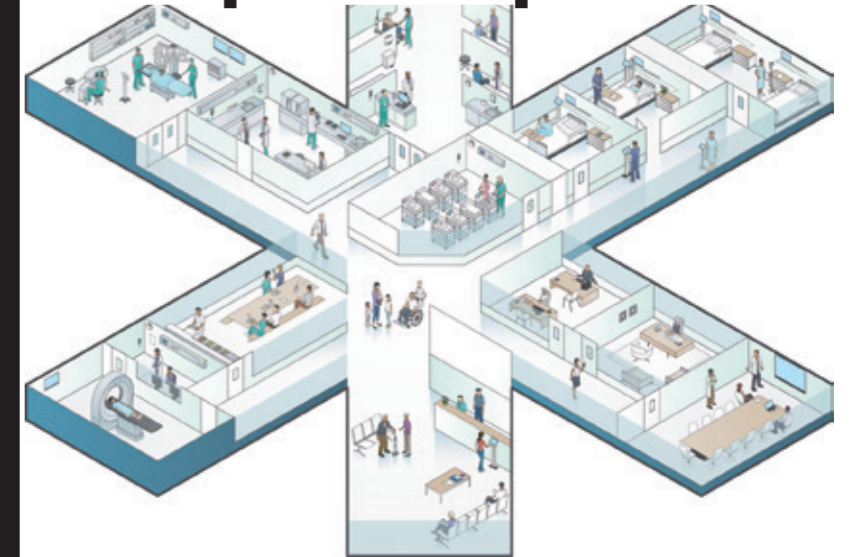
En este sentido, Salud Entre Culturas (SEC) lleva a cabo programas de intervención sociosanitaria a través de los cuales se ofrecen talleres en temática VIH adaptados lingüística y culturalmente a colectivos inmigrantes. En 2018, ha conseguido llegar a 817 personas con sus talleres y ofertar la prueba rápida a 330. Pero las ayudas que reciben las ONGs como SEC no son proporcionales al número de usuarios que controlan, y por eso se ven obligadas a desarrollar estrategias de financiación para su supervivencia. Cristina Arcas llama a una sensibilización de la sociedad: “Tenemos que reducir el estigma asociado a la infección mediante programas educativos adaptados, hacer partícipe a la población autóctona de la realidad del colectivo inmigrante y sensibilizar a la sociedad ante discursos xenófobos o racistas.”

«Las estrategias educativas y de prevención deben acompañarse de medidas que favorezcan la conexión de los infectados por VIH con los servicios médicos»

CRISTINA ARCAS
ANTROPÓLOGA SOCIAL
DE SALUD ENTRE
CULTURAS



4 Sanidad privada. Otro perfil de paciente



El perfil de los pacientes que acuden a la sanidad privada no es el mismo que el de los que acuden a la pública: menos inmigrantes, menos población sin cobertura sanitaria, menos mujeres y menos drogadictos.

ése a lo que se puede pensar, la atención que reciben los pacientes diagnosticados con VIH en un hospital privado es similar a la de los atendidos en cualquier centro de la red sanitaria pública. “La principal diferencia es que la consulta no suele ser exclusiva para pacientes con VIH o que no estamos haciendo ensayos clínicos con antirretrovirales, al menos de momento. Pero mantenemos las mismas rutinas diagnósticas y terapéuticas que en cualquier hospital público y seguimos todas las

recomendaciones de las sociedades científicas”, afirma **Daniel Carnevali Ruiz**, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Quironsalud Madrid.

El Quironsalud Madrid atiende hoy a 350 pacientes con VIH. A la consulta de Carnevali se suman unos veinte pacientes nuevos cada año. Entre sus profesionales, figura un médico con más de 25 años de experiencia en el diagnóstico al que se deriva la mayoría de los pacientes. Este especialista guía al servicio de Medicina Interna. El laboratorio y la farmacia



Dos millones de pólizas privadas

Según los datos de Carnevali, en España existen aproximadamente dos millones de pólizas de seguro privadas que corresponden a personas pertenecientes a mutualidades públicas como MUFACE, ISFAS o MUGEJU. Estas personas eligen si quieren tener su cobertura sanitaria a través del régimen general de la Seguridad Social o a través de un seguro concertado. “Y ahí entramos nosotros”, explica. Desde su apertura en 2006 el hospital Quironsalud Madrid apostó por incluir la atención a todo tipo de pacientes y cubrir todas sus necesidades asistenciales, de manera que las compañías de seguro no tuviesen que derivar sus pacientes a los hospitales de la red pública. Estos conciertos tienen una cobertura y una cartera de servicios que incluyen la cobertura de medicación antirretroviral y todas las pruebas diagnósticas necesarias en el manejo clínico de los pacientes atendidos. “Hemos cubierto una laguna en la oferta sanitaria que las compañías tenían hasta ese momento”, asegura.

«Tenemos menos porcentaje de pacientes migrantes que los hospitales públicos y casi es nulo el de personas sin cobertura sanitaria. También hay pocas mujeres en nuestra serie, y son muy pocos los que pertenecen al colectivo histórico de usuarios de drogas, pero principalmente porque no son personas afiliadas a mutualidades públicas»

DANIEL CARNEVALI RUIZ
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRONSALUD
MADRID.



están también implicados. El resto de servicios colabora según las necesidades asistenciales con un sistema de interconsultas ágil y personalizado.

Pero, ¿se puede hablar de un perfil específico o de unas demandas o expectativas diferentes en los pacientes que acuden a un hospital privado? “La mayoría de nuestros pacientes son varones homosexuales con diagnóstico reciente. Éste es un dato que se repite por igual en hospitales públicos y privados”, afirma Daniel Carnevali. “Ocasionalmente, vemos pacientes con diagnóstico tardío o sida. También, excepcionalmente, atendemos a pacientes privados que, por motivos de confidencialidad o por preferencia personal, prefieren ser atendidos en nuestro hospital”, añade. “Y también vemos funcionarios públicos con destinos temporales fuera de España que tienen cubierta su asistencia sanitaria a través de una compañía de seguros, y que periódicamente regresan a España y hacen su revisión rutinaria”, concluye.

Además de los referidos por las compañías de seguros y de su cartera particular, otros pacientes llegan derivados desde consultas monográficas de enfermedades de transmisión sexual, como el Centro Sandoval, o desde otros hospitales privados de Madrid. Y también, incluso, de fuera de Madrid. “Tenemos menos porcentaje de pacientes inmigrantes que los hospitales públicos y casi es nulo el de personas sin cobertura sanitaria. También hay pocas mujeres en nuestra serie, y son muy pocos los que pertenecen al colectivo histórico de usuarios de drogas, pero principalmente porque no son personas afiliadas a mutualidades públicas”, reconoce Carnevali, quien cree que este perfil puede hacerse extensivo a otros centros privados españoles que tratan a pacientes con VIH.

Entre los retos de la sanidad pri-

vada, por lo que se refiere al VIH, el jefe de Medicina Interna de Quironsalud Madrid destaca la dificultad para mantener la competencia profesional e integrar nuevos médicos senior con formación y experiencia suficiente en la atención a pacientes. “Los nuevos diagnósticos de infección por VIH son hoy menos frecuentes, por lo que es difícil acumular experiencia. Así, en muchos hospitales privados apenas hay médicos con interés o capacitación para el seguimiento de pacientes que viven con VIH y es habitual que se deriven de unos hospitales a otros. **Afortunadamente, la colaboración entre hospitales hasta ahora ha sido excelente y no hay problema alguno en derivar los pacientes de uno a otro, incluso entre hospitales que ‘compiten’ entre sí**”, señala Carnevali.

Quironsalud Madrid colabora con el Plan Nacional del sida y aporta periódicamente información sobre sus pacientes al programa de seguimiento epidemiológico realizado por la Comunidad de Madrid como un centro más, según la normativa vigente. Carnevali asegura que se ha superado el recelo o el desconocimiento anterior de los médicos de hospitales públicos hacia sus colegas del sector privado y que privatizar el tratamiento del VIH es inviable. “Una terapia cara y de por vida no hay sistema de seguro que la soporte. La sanidad pública, en el ámbito de la infección por VIH, es garantía de equidad y equilibrio social. No se debe manejar este tema con frivolidad”. Y concluye: “Mientras siga existiendo un sistema de concertos entre las mutualidades públicas y las compañías de seguro privado, deben existir centros de referencia, como el nuestro, donde poder referir a los pacientes de dichas mutualidades para recibir una asistencia de calidad y en condiciones de normalidad, como cualquier otra enfermedad”.



ILUSTRACIÓN: PETE RYAN

HIBIC'19

La quinta edición mira hacia el sistema inmunológico

Bruce Walker

Para empezar, el director del Ragon Institute del MGH, MIT y Harvard

Histórico

Las plenarios anteriores, vistas por José Alcamí

Resumen

Lo más relevante, explicado por los coordinadores de cada bloque

'Meet the Expert'

La novedad de este año, un lujo para los investigadores locales





SUMARIO

- HIBIC significa Hitos en Investigación Básica y Clínica en VIH y Sida.
- HIBIC reúne cada año, desde hace cuatro, a más de 400 expertos nacionales e internacionales en materia de VIH. Es un evento que se ha convertido en referente en el sector. En 2019 cumple su quinta edición.
- HIBIC está organizado por Gilead con el objetivo de facilitar el intercambio de conocimiento entre los máximos especialistas en materia de VIH. Cuenta con el patrocinio científico de Gesida y Retic-RIS (Red Española de Investigación en Sida).
- La conferencia inaugural corre este año a cargo de Bruce Walker, del Massachusetts General Hospital (Boston, EE UU).
- Como en ediciones anteriores, HIBIC/05 se divide en tres grandes bloques: 1) Ciencia Básica Traslacional; 2) Epidemiología, Prevención y Salud Pública; y 3) Ciencia Clínica. En cada uno de ellos se presentan los estudios y análisis más relevantes del año. De esta manera, HIBIC permite abordar un mismo aspecto del VIH desde puntos de vista diferentes.
- En las cuatro primeras ediciones del HIBIC se han revisado y discutido las **36 aportaciones más relevantes** en los tres campos mencionados. Tres por sección y año.

36

Bruce Walker, director del Ragon Institute of MGH, MIT and Harvard, es una autoridad en el estudio de la inmunidad frente al VIH

HIBIC 05/ La respuesta espontánea del sistema inmunológico ante el VIH, protagonista de la apertura

A PRINCIPIOS DE 1995, UN paciente hemofílico entró en la consulta de Bruce Walker y le confesó algo sorprendente: había sido infectado con el VIH en una transfusión de sangre en 1978, nunca había tomado medicamento antiviral alguno y, sin embargo, no había desarrollado sida. Walker le examinó. No encontró restos del virus, tan sólo una fuerte respuesta inmune a él, lo que confirmaba que el paciente tenía VIH. Descubrió además que existía un pequeñísimo porcentaje (menos del 1%) de enfermos que, como ese paciente, permanecen sanos a pesar de haber sido infectados y no estar tratados.

¿Cómo es posible que algunas personas desarrollen espontáneamente mecanismos de control inmunológico del VIH sin necesidad de medicación?, se pregun-



“El papel de los macrófagos en la infección por el VIH es motivo de controversia. Para muchos autores no es una célula cuya infección “in vivo” sea evidente. El interés de este artículo radica en que aporta una visión complementaria y diferente sobre el papel de los macrófagos en la infección por el VIH. Por una parte, se describe cómo la citolisis de macrófagos infectados por CD8 se produce con muy poca eficiencia, lo que permite una supresión incompleta de la replicación del VIH. Por otra parte, la actividad de los linfocitos CD8, en especial la producción de interferón gamma, en ausencia de efecto citopático, provoca en los macrófagos la síntesis de citocinas pro-inflamatorias que contribuyen a la patogenia de la infección, especialmente en la producción de un estado de activación inmune crónico en el paciente”, resume José Alcamí.



«HIBIC es una muestra más del compromiso de Gilead con el VIH y con la investigación en nuestro país»
María Río, Vicepresidenta y Directora General de Gilead en España.

tó. ¿Podrían mostrar estas personas (*‘elite controllers’*, los denominó) un camino para la erradicación de la enfermedad? A través de un esfuerzo internacional que cuenta con el apoyo de la Fundación Gates, Walker y su equipo del Ragon Institute del Massachusetts General Hospital de Boston estudiaron durante más de una década a 1.500 *‘elite con-*

trollers’, capaces de controlar la infección sin necesidad de medicación antirretroviral y llevarla a menos de 2000 ARN copias/ml. La investigación se centró en las respuestas inmunológicas, virales y genéticas de estas personas que mantienen el virus bajo control eficazmente de la misma manera que se controla el virus de la varicela: vivo, pero adormecido.

La revista ‘Science’ ha publicado algunas de las conclusiones alcanzadas por el laboratorio de Walker hasta la fecha. Por ejemplo, que los principales determinantes genéticos de control del VIH afectan a la naturaleza del enlace de péptido-HLA. “Actualmente, estamos centrando nuestros esfuerzos en investigar esta interacción y cómo impacta en las fases inductiva y de efecto de la respuesta de los linfocitos T CD8”, explica. La eficacia antiviral del CTL difiere dramáticamente entre diferentes epítopes y alelos restrictivos del HLA. El grupo del Ragon Institute trata de definir el subconjunto de respuestas de células T CD8 que ejercen el efecto antiviral más fuerte, así como las respuestas que son sólo pasajeras y no contribuyen al control inmunológico, y aplicar sus hallazgos en el desarrollo de una vacuna contra el VIH.

En el número de enero y febrero de 2019 de la revista ‘Harvard Magazine’, en un artículo titulado ‘People Who Don’t Get AIDS’, se detalla que Walker, ayudado por el biólogo computacional Arup Chakraborty, ha recurrido en su investigación a técnicas de análisis que a veces se emplean en los mercados bursátiles: si un valor sube o baja, ¿cómo afecta eso a otros valores? Y, así, se ha fijado en los aminoácidos —los bloques o cadenas de proteínas que componen el virus— para cómo ver cómo la mutación de uno afectaba a la capacidad de otros de la cadena para mutar. El resultado le sorprendió. “No tenía sentido... hasta que comprendimos la estructura tridimensional de la proteína”, explica el científico. Según la investigación, los aminoácidos se sitúan en zonas donde la proteína se dobla sobre sí misma. Son, por tanto, muy importantes para la supervivencia. A partir de ahí, Walker decidió recurrir a la teoría de las redes sociales para entender mejor cómo estas estructuras pudieron haber sido creadas y mantenerse. En cualquier red social, argumenta Walker, algunas personas están mejor conectadas que otras. Eso vale también para los aminoácidos. Dos investigadores

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

de su laboratorio desarrollaron entonces un método para determinar cuánto de ‘conectado’ está cada aminoácido del VIH, y demostraron que los sistemas inmunes de los pacientes que no habían desarrollado la enfermedad pese a estar infectados se ‘enfocaban’ en los aminoácidos más conectados dentro de las zonas con más carga viral. Resultado: cuando el virus muta para evitar esta presión inmune, cae. Los ácidos que mutan son fundamentales para su estructura y, por tanto, para su supervivencia. A partir de aquí, Bruce Walker y su equipo están tratando de desarrollar una vacuna que puede inducir el control inmunológico natural en personas ya infectadas y proteger de la transmisión del VIH a las que no lo están. El científico está convencido de que las primeras etapas de la infección son claves para entender la respuesta inmune de estos *‘elite controllers’*.

Referencias

HIBIC 5ª EDICIÓN. PROGRAMA CIENTÍFICO. GILEAD
 HARVARD MAGAZINE
[HTTPS://HARVARDMAGAZINE.COM/2019/01/HIV-ELITE-CONTROLLERS-STUDY](https://harvardmagazine.com/2019/01/hiv-elite-controllers-study)

Las plenarios anteriores, vistas por José Alcamí



HIBIC 01/ «Warner Greene, del Gladstone Institute, analizó los nuevos mecanismos de destrucción de linfocitos CD4 por el VIH que acababa de publicar en dos artículos en 'Nature' y 'Science' el mismo día. Fue un recorrido sobre la patogénesis de la infección por el VIH».



HIBIC 02/ «Tuvimos el privilegio de contar con Michelle Nussenzweig, del Rockefeller Institute, gran inmunólogo que sólo en los últimos años se ha incorporado al campo del desarrollo de anticuerpos y vacunas frente al VIH, y que es uno de los grupos líderes en este terreno. Abordó en su charla el estudio de anticuerpos neutralizantes y nuevas funciones que han revolucionado el campo».



HIBIC 03/ «Será recordado por la presencia de Robert Siliciano, el gran referente en el estudio de los reservorios virales. Tuvimos una gran sesión de discusión con otros ponentes sobre las estrategias de persistencia del VIH y los potenciales abordajes para atacar los reservorios».



HIBIC 04/ «Invitamos a Dan Barouch, de Harvard, uno de los grandes especialistas en el desarrollo de nuevas vacunas frente al VIH. Presentó datos recientes sobre el papel de los anticuerpos neutralizantes en la destrucción de células infectadas, lo que abre una nueva perspectiva de curación».

COORDINADOR

José Alcamí: «Se están caracterizando nuevos tipos de respuesta inmune frente al VIH que estaban poco estudiados»



❶ **Si echa la vista atrás, ¿cómo ha cambiado el abordaje del VIH?** En estos cinco años de HIBIC hemos asistido a descubrimientos importantes para comprender los mecanismos de infección y de destrucción del VIH, la resistencia intracelular a la infección y las respuestas inmunes que controlan la infección y nos protegen de la misma. El HIBIC ha reflejado con gran fidelidad estos avances y ha cubierto todos los temas candentes. Todas las conferencias plenarios han sido espectaculares, sus ponentes son auténticas estrellas de la investigación.

❷ **¿Cuáles son los desafíos pendientes?** La curación de la infección de manera definitiva y el desarrollo de

una vacuna preventiva eficaz. Mencionaría cuestiones como reservorios y curación, vacunas y anticuerpos, patogenia y mecanismos de daño inmune, y las respuestas inmunes que nuestro organismo organiza frente a la infección por el VIH.

❸ **Desde el área de Ciencia Básica, ¿qué cuestiones preocupan ante esta nueva cita del HIBIC?** Una proyección clínica son las estrategias de curación y el desarrollo de vacunas preventivas eficaces.

❹ **¿Qué avances se han producido en este último año?** En el ámbito de la investigación básica, se están realizando progresos muy importantes que tendrán repercusiones clínicas, pero no a corto plazo. Se están caracterizando nue-

PONENCIAS

Viernes, 8 de febrero.
Introducción. Dr. José Alcamí.

● 'Sooty mangabey genome sequence provides insight into AIDS resistance in a natural SIV host'. Guido Silvestri, Yerkes National Primate Research Center, Atlanta, Georgia, EE UU.



● 'Human-specific adaptations in Vpu conferring anti-tetherin activity are critical for efficient early HIV-1 replication in vivo'. Kei Sato, The University of Tokyo, Tokio, Japón.



● 'Anti-apoptotic Protein BIRC5 Maintains Survival of HIV-1-Infected CD4+ T Cells'. Mathias Lichtenfeld, Ragon Institute, Massachusetts General Hospital, Boston, EE UU.



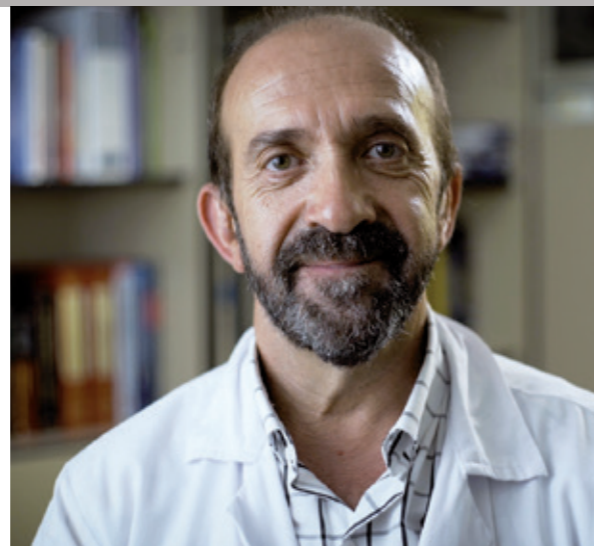
JOSÉ ALCAMÍ

vos tipos de respuesta inmune frente al VIH que hasta el momento estaban poco estudiados. El papel de células de inmunidad natural, el reconocimiento inmune en el contexto HLA no clásico y los interferones están adquiriendo un interés creciente en distintos escenarios patogénicos y grupos de pacientes. Desde la perspectiva de los reservorios y la persistencia del VIH, existe una evidencia creciente de que los ganglios linfáticos como reservorios virales en células TFH y la imposibilidad de acceder a esos nichos por los linfocitos citotóxicos son un gran obstáculo para la curación. El papel de los anticuerpos neutralizantes como herramientas que pueden contribuir a la curación del VIH está cobrando un interés creciente. Aunque los modelos publicados son muy artificiales respecto a la infección natural, los resultados son en ocasiones sorprendentes por lo inesperado. Habrá que seguir de cerca los avances en este campo.

¿Y en nuestro país? La investigación básica sobre el VIH que se está realizando en España tiene un gran nivel,

«*Todas las conferencias plenarias han sido espectaculares, sus ponentes son auténticas estrellas de la investigación*»

sobre todo si se considera la situación de recortes insostenibles a los que se está sometiendo a la investigación y que compromete gravemente el futuro. Destacaría tres tipos de trabajo en este último año. La investigación colaborativa de la Red de Investigación en Sida está generando un gran número de trabajos de primer nivel. En el campo de la ciencia básica, hemos trabajado durante años en la generación de una cohorte de pacientes 'elite controllers' que controlan la replicación viral en ausencia de tratamiento. Esta cohorte con más de 800 pacientes, es probablemente la más importante a nivel mundial por su composición y las muestras asociadas en biobanco. Pero más importante es que, gracias a la investigación colaborativa, en la que hay que destacar a los grupos del Hospital Virgen del Rocío, Fundación Jiménez Díaz, Instituto de Salud Carlos III, Hospital Joan XXIII de Tarragona, Instituto IRSI CAIXA y Hospital Clínic de Barcelona como principales actores se están publicando trabajos de gran impacto en el conocimiento de los mecanismos de control del VIH en estos pacientes.



PONENCIAS

Sábado, 9 de febrero
Introducción. Dr. Santiago Moreno.

- 'Trends in the San Francisco human immunodeficiency virus epidemic in the "Getting to Zero" era'. Susan Buchbinder, University of California, San Francisco, EE UU.
- 'Substantial heterogeneity in progress towards reaching the 90-90-90 HIV target in the WHO European Region'. Kholoud Porter, University College London, Londres, Inglaterra.
- 'Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study'. Benjamin R. Bavinton, University of New South Wales, Sydney, Australia.



COORDINADOR

Santiago Moreno, «El diagnóstico precoz y la PrEP demuestran que el control de la epidemia es factible aún sin vacuna»

¿Qué cuestiones preocupan ante esta nueva cita del HIBIC? Hoy, la atención se centra en gran medida en la inflamación que persiste en muchos pacientes con infección por VIH a pesar del tratamiento antirretroviral, y que tiene como consecuencia el desarrollo de complicaciones no directamente relacionadas con el VIH. Determinar la importancia real de esta inflamación persistente, los factores que la condicionan y la manera de minimizarla son preocupaciones actuales. La inflamación está además relacionada con el envejecimiento acelerado de algunas personas con infección por VIH y parece tener también un papel importante en mantener los reservorios que impiden la curación de la infección.

En el área de Epidemiología, ¿se han producido avan-

ces? Mientras se consigue la curación de la infección, los esfuerzos de control se están centrando en la disminución del número de personas que se infectan. En este sentido, se han identificado dos medidas cuyo impacto en la transmisión del VIH es medible y muy importante. La primera es el tratamiento de las personas infectadas, ya que, cuando se trata una persona y se consigue que alcance la carga viral indetectable, deja de transmitir el virus. El objetivo es, por tanto, identificar el mayor número de personas infectadas y ponerlas en tratamiento. La segunda medida es la profilaxis pre-exposición (PrEP). La PrEP consiste en administrar medicación en torno a la práctica de riesgo porque se previene la infección. Estas dos medidas, además de las medidas estructurales conocidas (formación, métodos de

barrera...), están demostrando que el control de la epidemia es factible aún en ausencia de una vacuna preventiva o de un tratamiento curativo.

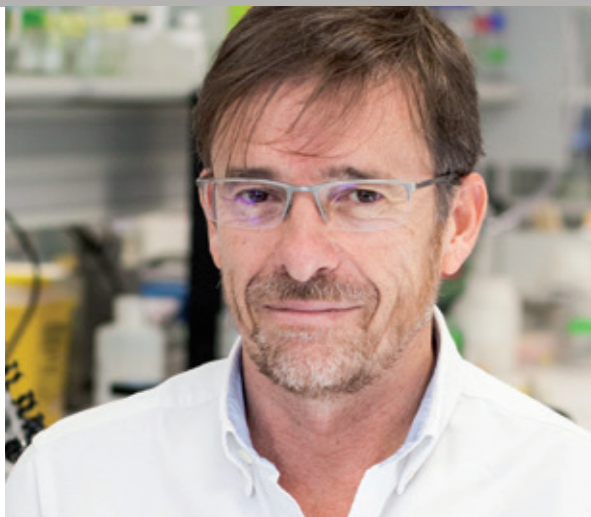
¿Algún indicador que deba ser mencionado en España?

En España se ha hecho una estimación reciente de los parámetros más importantes que nos ayudan a estimar la marcha de la epidemia. Con base en los datos de 2013, se ha estimado que el número de personas infectadas por VIH que no son conscientes de estar infectadas (son la principal fuente de infección de nuevas personas) está en un 18%. Esta cifra es inferior a las estimaciones anteriores (en torno a 25-30%), pero todavía superior al objetivo de reducirlo a un 10%, para alcanzar el primer 90%. Es posible que vayamos en esa dirección. La segunda estimación importante es el número de nuevos diagnósticos anuales. Esta cifra se mantiene relativamente constante, con una interpretación difícil de este dato.

De los trabajos publicados este año, se han seleccionado tres firmados por Susan Buchbinder, Kholoud Portery Benjamin Bavinton. ¿Cuáles es su importancia? Estos trabajos fueron seleccionados porque abordan la misma cuestión (control de la epidemia de infección por VIH) y utilizan mé-

todos que conducen al éxito en tres continentes diferentes: América (Buchbinder), Australia (Bavinton) y Europa (Porter). Nos interesaba conocer de primera mano la experiencia e impresiones de estos investigadores que viven en países industrializados y cuyas enseñanzas pueden ser aplicables en nuestro entorno.

En su trabajo, Buchbinder refiere los éxitos cosechados en San Francisco en lo que designan la 'Getting to Zero Era'. Su objetivo es llegar a cero nuevas transmisiones. El artículo refleja las medidas adoptadas y la disminución clara en el número de nuevos casos de infección por VIH. Por su parte, Bavinton coordina un trabajo internacional, basado en Australia, en el que evalúa la disminución de nuevos casos de transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres, fundamentalmente, a través de la estrategia 'Tratamiento como Prevención'. Su mensaje enfatiza la necesidad de realizar un diagnóstico precoz de la infección y el inicio del tratamiento. Por último, Porter refleja las dificultades en diferentes países de Europa para alcanzar el objetivo 90-90-90. Éste es un contrapunto importante, ya que mientras algunos países europeos se acercan por la adopción de algunas medidas, otros están muy lejos. La discusión de este punto será muy importante.



COORDINADOR

José Ramón Arribas, «Vamos a tratar el asunto crucial de la inflamación persistente en pacientes infectados»

❶ Desde el punto de vista de la ciencia clínica, ¿qué cuestiones son las que más preocupan ante esta nueva cita del HIBIC? Como siempre, vamos a tener una combinación de presentaciones básicas dirigidas a entender mejor la patogenia de la infección y presentaciones clínicas sobre epidemiología y manejo. En la parte clínica, que yo coordino, vamos a hablar sobre quién se beneficia más del tratamiento antirretroviral precoz, cuáles son los riesgos para los participantes en estudios de curación en los que se interrumpe el tratamiento antirretroviral, y el asunto crucial de la inflamación persistente en los pacientes infectados.

❷ Si echa la vista a las ediciones anteriores, ¿cómo diría que ha avanzado el abordaje del VIH? ¿Qué ha cambiado? Parece increíble, pero cuando empezó el HI-

BIC acabábamos de tener por primera vez evidencia sobre el beneficio del tratamiento antirretroviral independientemente de la cifra de CD4 (estudio START). También, han sido los años en los que hemos asumido que hacen falta intervenciones múltiples para disminuir la epidemia a nivel global. En este período hemos visto aparecer conceptos como el 90-90-90 o la PrEP. También, hemos asistido a la llegada de nuevas estrategias terapéuticas como los anticuerpos ampliamente neutralizantes o la curación definitiva de la hepatitis C.

❸ ¿Qué destacaría de las ponencias que configuran su bloque? Molina pone de manifiesto en su estudio que el efecto combinado de la edad y la inmunosenescencia hace necesario tratar a los pacientes de más de 50 años y con deterioro inmunológico

lo antes posible. Son los pacientes que más se benefician del tratamiento antirretroviral precoz. Actualmente, la única forma de saber si una estrategia curativa ha conseguido un efecto sobre el reservorio viral es interrumpir el tratamiento antirretroviral. Esta interrupción preocupa a clínicos e investigadores por las consecuencias que pueda tener sobre el incremento del reservorio. El doctor Chun es un experto mundial en la evaluación de estas interrupciones. El mensaje principal de su estudio es que estas interrupciones cortas no parecen contribuir ni al aumento del tamaño del reservorio ni al deterioro del sistema inmune de los participantes en este tipo de estudios.

Hunt, finalmente, es un experto mundial en inflamación persistente asociada a la infección por VIH bien controlada. Este es uno de los aspectos no resueltos del manejo a largo plazo de la infección por el VIH. Más allá del tratamiento antirretroviral, no tenemos una intervención terapéutica que permita disminuir los niveles de inflamación. En su estudio, el doctor Hunt vuelve a poner de manifiesto cómo niveles aumentados de parámetros inflamatorios predicen la aparición de los llamados eventos no-sida tales como los eventos cardiovasculares.



COORDINADOR

Josep Maria Llibre «El formato *Meet-the-Expert* va a ser un lujo para investigadores locales»

❶ ¿Qué cuestiones son las que más preocupan ante este nuevo HIBIC? En Clínica, hay una activa investigación en regímenes de larga duración ('long acting') que permiten una administración intermitente cada uno o dos meses ahora, pero que probablemente será trimestral en un futuro cercano. Los pacientes con infección por VIH podrán olvidarse de tomar el tratamiento diario si así lo

prefieren. En Epidemiología, hay mucha investigación en la profilaxis pre-exposición (PrEP) y en conseguir que todos los sujetos con infección por VIH estén tratados y con carga viral plasmática indetectable, lo que bloquea la transmisión de la infección. Es la estrategia 'getting to zero transmissions' de la que nos hablarán sobre la experiencia en San Francisco. Hay interés también en ver si los

esquemas con dos fármacos (en lugar de tres) son capaces de ofrecer la misma eficacia y seguridad a largo plazo y en vida real. Tanto en Clínica como en Investigación Básica, seguimos persiguiendo cómo atacar los reservorios para conseguir una cura funcional (o, hipotéticamente, la erradicación definitiva) de la infección por VIH que permita interrumpir el tratamiento antirretroviral sin rebote viro-

PONENCIAS

Sábado, 9 de febrero.

Introducción. Dr. José Ramón Arribas

● 'Which HIV-infected adults with high CD4 T-cell counts benefit most from immediate initiation of antiretroviral therapy? A post-hoc subgroup analysis of the START trial'. Jean-Michel Molina, Saint-Louis Hospital, París, Francia.



● 'Effect of analytical treatment interruption and reinitiation of antiretroviral therapy on HIV reservoirs and immunologic parameters in infected individuals'. Tae-Wook Chun, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, EE UU.



● 'Changes in inflammation but not in T-Cell activation precede non-AIDS-defining events in a case-control study of patients on long-term antiretroviral therapy'. Peter Hunt, University of California, San Francisco, EE UU.



JOSEP MARÍA LLIBRE

lógico. Finalmente, la inflamación y activación linfocitaria persistentes, de bajo grado, asociadas a la infección por VIH, a pesar de estar tratada y con carga viral plasmática suprimida, nos interesa mucho por su relación con diversas comorbilidades, especialmente riesgo cardiovascular y neoplasia no definitorias de sida.

2 ¿Cómo estamos en España con respecto al año anterior? España dispone de acceso universal al sistema sanitario y el tratamiento antirretroviral es gratuito. Asimismo, el tratamiento y control se realizan por médicos especialistas muy bien formados, ubicados en unidades hospitalarias. En este sentido, es un lujo disponer de esta estructura. Sin embargo, el funcionamiento de todo el sistema sanitario se ha ido enlenteciendo y deteriorando como consecuencia de los recortes económicos continuados en salud en nuestro país. Hay varios indicadores que monitorizan que estamos en una situación peor a la de hace diez años y perdemos competitividad respecto a otros países europeos homólogos. Algo parecido sucede en

investigación. En nuestro país no hay históricamente una fuerte y constante inversión en investigación, ni en colaboración con grandes centros universitarios y hospitalarios, lo que ha provocado inestabilidad y desánimo en muchos equipos investigadores nacionales muy competitivos a nivel internacional.

Llevamos también un retraso en la implantación de la PrEP, aprobada por la Agencia Europea del Medicamento y en varios países europeos, algo que es reclamado por GeSida desde hace años.

3 ¿Destacaríamos por su trascendencia algún trabajo realizado este año pasado en España? España participa activamente en los ensayos clínicos de registro de tratamiento antirretroviral, tanto de inicio como de 'switch' a simplificación y rescate. Somos líderes en reclutamiento, por encima de países con población mucho mayor.

4 Si echa la vista atrás, ¿cómo diría que ha avanzando el abordaje del VIH? Actualmente, el tratamiento antirretroviral ha llegado a un nivel de excelencia impensable hace quince años. Esta maravilla hace que quede poco espacio de mejora y frena el desarrollo de nuevos

tratamientos o estrategias, que deben competir con un listón de eficacia elevadísimo.

Obviamente, la población vive una vida normal y, por tanto, envejece. Presenta las complicaciones propias de sus grupos etarios. El debate sobre si hay una aceleración o incremento de algunas comorbilidades asociadas al envejecimiento... Los pocos datos que intentan analizar únicamente el impacto de una infección por VIH diagnosticada a tiempo y tratada con fármacos seguros, que es el dato que nos interesa conocer, son optimistas, y es importante transmitir esto a los sujetos con infección por VIH.

5 ¿Qué pretende el nuevo esquema 'Meet-the-Expert' del que es responsable? Los organizadores pensaron acertadamente que debíamos aprovechar que nos visitan los líderes mundiales de la mejor investigación clínica y básica en relación con el VIH para interactuar con investigadores locales. El formato debía ser pequeño para permitir un abordaje directo. El perfil son investigadores jóvenes que están destacando a nivel nacional. Habrá dos reuniones paralelas: una clínica, con Jean-Michel Molina y Peter Hunt, y otra básica, con Bruce Walker y Mathias Lichterfeld. Asistir a cualquiera de los dos va a

«Debíamos aprovechar que nos visitan los líderes mundiales de la mejor investigación clínica y básica en relación con el VIH para interactuar con investigadores locales»

«Varios indicadores monitorizan que estamos en una situación peor a la de hace diez años y perdemos competitividad»

ser un lujo. Pretendemos que un grupo de ocho o diez investigadores nacionales en cada una de ellas puedan explicar sus proyectos de investigación, y dónde encuentran obstáculos o dificultades, para debatirlos con los expertos internacionales. Esto les permitirá recibir su 'feed-back' y ganar visibilidad internacional, incluso quizás establecer colaboraciones internacionales.

Referencias/

PRESENTACIÓN (pp. 4-5)

www.cdc.gov

AIDS 2108 (pp. 8-13)

AIDS2018.ORG <https://www.aids2018.org/> [last accessed January 2019]

<https://www.aids2018.org/Programme/Conference-Programme/Rapporteur-summaries> [last accessed January 2019]

<http://www.aids2018.org/Media-Centre/The-latest/News/ArticleD/195/AIDS-2018-in-review> [last accessed January 2019]

EL PAÍS https://elpais.com/elpais/2018/07/26/planeta_futuro/1532620834_282694.html [last accessed January 2019]

https://elpais.com/elpais/2018/07/24/planeta_futuro/1532429829_683323.html [last accessed January 2019]

https://elpais.com/elpais/2018/07/23/planeta_futuro/1532356764_836488.html [last accessed January 2019]

https://elpais.com/politica/2018/07/19/actualidad/1531984611_998212.html [last accessed January 2019]

EL MUNDO <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2018/07/26/5b59d1b646163f8fb-38b45f2.html> [last accessed January 2019]

<http://www.medicospacientes.com/articulo/ninas-y-adolescentes-principales-victimas-del-vih-en-el-mundo> [last accessed January 2019]

I+D+i: BECAS (p. 20)

GILEAD SCIENCES ESPAÑA. Nota de prensa. 21 de noviembre de 2018.

ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN (pp. 24-29)

OPINIUM. Encuesta "¿Is HIV Sorted? (¿Ha dejado el VIH de ser un problema?)" (muestra: 18.169). Junio - julio de 2018. Encuesta encargada por IAPAC y Gilead Sciences.

<https://hiv.eu/2018/10/is-hiv-sorted/> [last accessed January 2019].

<https://hiv.eu/wp-content/uploads/2018/09/Is-HIV-Sorted-Survey-HIV.eu-Slides-v1-240818.pdf>

https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf [last accessed January 2019].

<http://www.iapac.org/2018/07/23/hiv-stigma-misconceptions-and-complacency-remain-critical-barriers-to-stopping-the-virus/> [last accessed January 2019].

The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Survival of HIV positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. The Lancet. [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30066-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30066-8). Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2352-3018\(17\)30066-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2352-3018(17)30066-8/fulltext) [last accessed September 2018].

<https://www.iapac.org/category/fast-track-cities/> [last accessed January 2019].

<http://www.fast-trackcities.org/> [last accessed January 2019].

NUEVO PERFIL DEL PACIENTE (p. 50)

'Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección'. Juan Berenguer, Daniel Álvarez, Javier Dodero, Amaya Azcoaga. Elsevier y Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2018; 36 (Supl 1): 45-49.

www.elsevier.es/eimac (último acceso: enero de 2019)

Key Opinions in Medicine (KOMs). Terapia del VIH. Volumen 1, edición 2, 2015. Carlos Aguiar, Antonio Antela, Juliet Compston, Brian Gazzard, Buce Hendry, Patrick Mallon, Valérie Pourcher-Martinez, Giovanni de Perri.

VIH en España 2017. Políticas para una nueva gestión de la cronicidad más allá del control virológico. Juan E. del Llano Señaris, Jordi Gol Montserrat, Gema Pi Corrales. Fundación Gaspar Casal, 2017.

http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2017_def.pdf (último acceso: enero de 2019)

<http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeMujeres2018.pdf> (último acceso: enero de 2019)

http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf (último acceso: enero de 2019)

Vivir con el VIH. Retos en la gestión del VIH en España. The Economist Intelligence Unit Limited, 2017.

EL OTRO VIH (pp. 56-64)

PEQUEÑOS HOSPITALES

<https://www.20minutos.es/noticia/3080551/0/radiografia-estudio-hospitales-espana-camas/>

https://www.lainformacion.com/salud/hospitales-y-clinicas/mantiene-numero-hospitales-Espana-supera_0_1040895958.html

https://elpais.com/diario/1992/12/21/sociedad/724892410_850215.html

<https://www.saludadiario.es/opinion/el-fiasco-de-la-colaboracion-publico-privada-en-sanidad>

https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/2018_CNH.pdf

ENFERMERÍA

<http://diarioenfermero.es/la-educacion-frente-al-vih-pasa-por-la-enfermeria/>

<http://diarioenfermero.es/visión-enfermera-del-vih-sida-30-anos-despues/>

INMIGRANTES

Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2016: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid. 2017

Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, et al. High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. AIDS 2017; 31: 1979-88.

Díaz Olalla J, Lostao L, Regidor E, Sánchez E, Sanz B. Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Fundación de Ciencias de la Salud. 2008.

Monge S, Perez-Molina JA. [HIV infection and immigration]. Enferm Infecc Microbiol Clin 2016; 34: 431-8.

Perez-Molina JA. Inmigración e infección por el VIH en España. REVISTAMULTIDISCIPLINARDELSDA Vol.1. Núm. 2. Marzo 2014

Díaz Olalla J, Lostao L, Regidor E, Sánchez E, Sanz B. Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Fundación de Ciencias de la Salud. 2008.

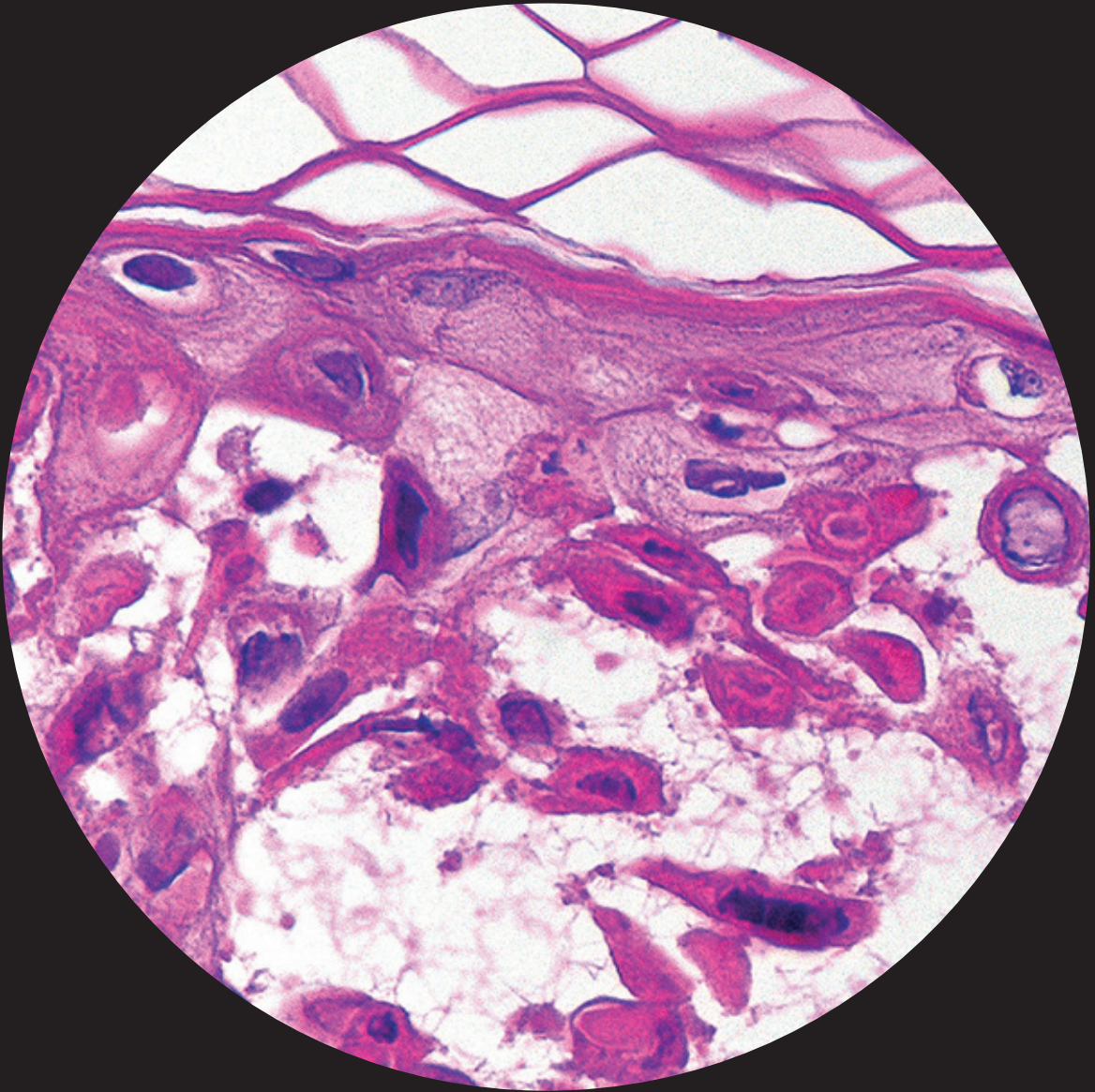
Monge S, Perez-Molina JA. [HIV infection and immigration]. Enferm Infecc Microbiol Clin 2016; 34: 431-8.

UNAIDS. Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes A resource for national stakeholders in the HIV response. 2007.

Salud Entre Culturas (www.saludentreculturas.es). Datos no publicados hasta la fecha.

<https://www.youtube.com/watch?v=c2gF9SDM-BfE>

REVISTA



LAS IMÁGENES QUE SE REPRODUCEN EN PORTADA, CONTRAPORTADA E INTERIOR DE CUBIERTAS PERTENECEN AL ATLAS DE HISTOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, EDITADO POR MANUEL FERRÁNDEZ GUERRERO Y LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. **EN PORTADA**, AMEBIASIS: ÚLCERA INTestinal CON VELLOSIDADES INTEStINALES DILATADAS LLENA DE NUMEROSOS QUISTES Y TROFOZOITOS. **SOBRE ESTAS LINEAS**, VARICELA ZOSTER. **EDITA**: GILEAD SCIENCES. **COORDINACIÓN**: JOSÉ RAMÓN ARRIBAS. **REDACCIÓN, DISEÑO Y COORDINACIÓN**: ERREA COMUNICACIÓN. **FOTOGRAFÍA**: LUCÍA ANTEBI. **INFOGRAFÍA**: BEATRIZ ARBONA, PABLO ERREA. **ILUSTRACIONES**: PETE RYAN (P. 69), ISTOCK.