

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

Volumen 36, Extraordinario 1, Septiembre 2018

Publicación mensual



PUBLICACIÓN OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

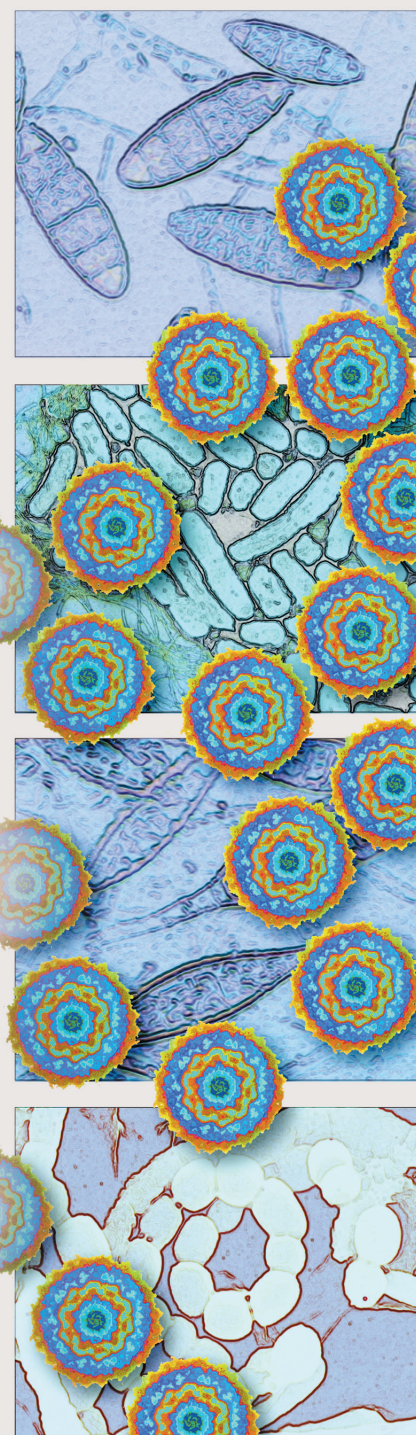
La infección por VIH en España:
situación actual y propuestas
frente a los nuevos desafíos

Editores invitados: Julia del Amo
y José A. Pérez-Molina



Incluida en: Index Medicus/MEDLINE
Excerpta Medica/EMBASE
Current Contents/Clinical Medicine
ISI Alerting Services
Science Citation Index-Expanded
Journal Citation Reports
Scopus/MEDES

www.elsevier.es/eimc



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Volumen 36, Extraordinario 1, Septiembre 2018

La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos

Editores invitados: Julia del Amo y José A. Pérez-Molina

Sumario

- 1** Introducción. La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos
J. del Amo y J.A. Pérez-Molina
- Bloque 1. Análisis de la situación**
- 3** Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria
M. Morán Arribas, A. Rivero, E. Fernández, T. Poveda y J.A. Caylà
- 10** Dimensión social del VIH y respuesta estatal
M.J. Fuster-Ruizdeapodaca, E. de Benito, A. Poveda, I. Rohlfis y E. Sampedro
- 15** Cronicidad, envejecimiento y multimorbilidad
F. Brañas, A. Azcoaga, M. García Ontiveros y A. Antela
- 19** Atención sanitaria e impacto económico
D. Álvarez Cabo, A. Alemany, J.M. Martínez Sesmero y S. Moreno Guillén
- 26** Situación de la investigación sobre el VIH en España
J. Alcamí, A. Alemany, J. Dodero y J.M. Llibre
- Bloque 2. Propuestas de presente y futuro**
- 31** Prevención primaria
A. Antela, A. Azcoaga, E. Sampedro y T. Poveda
- 35** Detección temprana
S. Moreno, J. Berenguer, M.J. Fuster-Ruizdeapodaca y M. García Ontiveros
- 40** Cuidados clínicos del paciente con VIH
J.M. Llibre, M.J. Fuster-Ruizdeapodaca, A. Rivero y E. Fernández
- 45** Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección por VIH
J. Berenguer, D. Álvarez, J. Dodero y A. Azcoaga
- 50** Conclusiones. La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos
J. del Amo y J.A. Pérez-Molina

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Elsevier y sus asociados no asumen responsabilidad alguna por cualquier lesión y/o daño sufridos por personas o bienes en cuestiones de responsabilidad de productos, negligencia o cualquier otra, ni por uso o aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en el presente material. Dados los rápidos avances que se producen en las ciencias médicas, en particular, debe realizarse una verificación independiente de los diagnósticos y las posologías de los fármacos.

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Volume 36, Supplement 1, September 2018

HIV infection in Spain: Current situation and proposals for new challenges

Invited Editors: Julia del Amo and José A. Pérez-Molina

Contents

- | | |
|--|---|
| <p>1 Introduction. HIV infection in Spain: Current situation and proposals for new challenges
<i>J. del Amo and J.A. Pérez-Molina</i></p> <p>Block 1. Situation analysis</p> <p>3 Burden of HIV infection, vulnerable populations and access barriers to healthcare
<i>M. Morán Arribas, A. Rivero, E. Fernández, T. Poveda and J.A. Caylà</i></p> <p>10 Social dimension of HIV and state response
<i>M.J. Fuster-Ruizdeapodaca, E. de Benito, A. Poveda, I. Rohlfis and E. Sampedro</i></p> <p>15 Chronicity, ageing and multimorbidity
<i>F. Brañas, A. Azcoaga, M. García Ontiveros and A. Antela</i></p> <p>19 Healthcare and economic impact
<i>D. Álvarez Cabo, A. Alemany, J.M. Martínez Sesmero and S. Moreno Guillén</i></p> | <p>26 Current situation of HIV research in Spain
<i>J. Alcamí, A. Alemany, J. Dodero and J.M. Llibre</i></p> <p>Block 2. Present and future proposals</p> <p>31 Primary prevention
<i>A. Antela, A. Azcoaga, E. Sampedro and T. Poveda</i></p> <p>35 Early diagnosis
<i>S. Moreno, J. Berenguer, M.J. Fuster-Ruizdeapodaca and M. García Ontiveros</i></p> <p>40 Clinical care of patients with HIV
<i>J.M. Llibre, M.J. Fuster-Ruizdeapodaca, A. Rivero and E. Fernández</i></p> <p>45 HIV infection follow-up, organisational and management model
<i>J. Berenguer, D. Álvarez, J. Dodero and A. Azcoaga</i></p> <p>50 Conclusions. HIV infection in Spain: Current situation and proposals for new challenges
<i>J. del Amo and J.A. Pérez-Molina</i></p> |
|--|---|

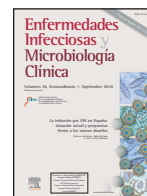
This supplement has been sponsored by ViiV Healthcare.

No responsibility is assumed by Elsevier, its licensors or associates for any injury and/or damage to persons or property as a matter of products liability, negligence or otherwise, or from any use or operation of any methods, products, instructions, or ideas contained in the material herein. Because of rapid advances in the medical sciences, in particular, independent verification of diagnoses and drug dosages should be made.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Introducción. La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos

Julia del Amo^{a,b} y José Antonio Pérez-Molina^{c,*}

^aCentro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^bCentro de Investigación Biomédica en Red, Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^cServicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

La magnitud y las consecuencias de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúan siendo un problema de salud pública muy importante en España en pleno siglo XXI. No hay que olvidar que, a falta de tratamiento, a medida que la infección progresa, se produce un agotamiento del sistema inmunitario, con lo que las personas infectadas se vuelven más vulnerables a la aparición de infecciones oportunistas y al desarrollo de tumores. Cuanto más tarde se diagnostique el VIH, menos oportunidades se tendrán de detener ese deterioro de forma efectiva y permanente.

La expansión del tratamiento antirretroviral (TAR) desde 1996 ha modificado de manera drástica la historia natural de la enfermedad. La esperanza de vida de los pacientes ha aumentado de forma muy marcada hasta situarse en niveles similares a los de la población no infectada, fundamentalmente cuando el diagnóstico se realiza de forma precoz. Si bien la calidad de vida de las personas que viven con VIH también ha experimentado una importantísima mejora debido a la disponibilidad de medicación más segura y efectiva, los retos para alcanzar mayor equiparación con la calidad de vida de la población general continúan estando vigentes. En las últimas dos décadas se ha asistido a un cambio progresivo en esta epidemia, que ha pasado de ser una infección de evolución subaguda y con elevada mortalidad a convertirse en una enfermedad crónica. Como consecuencia de la cronicación, se está produciendo un progresivo envejecimiento de la población que vive con VIH en España a la vez que surgen nuevos retos en el cuidado de las personas infectadas, como son el peso cada vez mayor de las comorbilidades, la aparición de tumores no asociados normalmente con el VIH, el incremento de la fragilidad o la soledad en las últimas etapas de la vida. A esto hay que sumar el estigma que, en sus diferentes manifestaciones, continúa siendo un motivo adicional de sufrimiento para las personas con VIH y una de las principales barreras para prevenir y tratar esta infección.

Por estas razones, nos encontramos en un momento crítico de la historia de la epidemia y la respuesta a la infección por VIH. Los principales avances científicos y la acumulación de lecciones aprendidas a lo largo de 3 décadas nos permiten afirmar que la epidemia del VIH puede terminar como amenaza para la salud pública en España. Nun-

ca antes habíamos tenido una oportunidad similar para aprovechar el impulso y acelerar nuestra respuesta a la epidemia y, sin embargo, no lo estamos haciendo.

El número de personas que adquieren el VIH está aumentando en hombres que tienen sexo con hombres y, aunque se ha avanzado en la promoción del diagnóstico del VIH, muchas de las personas que viven con VIH en España no son conscientes de su estado serológico. Además, una herramienta tan potente para la prevención de la adquisición de la infección como la profilaxis preexposición (PrEP) no está disponible en el sistema de salud público a pesar de estar autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

El abordaje de la enfermedad ha sido un éxito en lo científico, pero no desde el punto de vista social. Las situaciones discriminatorias continúan produciéndose en España, a menudo profundamente entrelazadas con otras formas de discriminación basadas en el género, la orientación sexual, la raza, el consumo de drogas o la condición migratoria. Si no se rectifica, las nuevas infecciones continuarán produciéndose, ya que no somos capaces de llegar a los grupos más vulnerables que sufren de manera más desproporcionada las inequidades en salud.

Por tanto, mejorar nuestra comprensión de la epidemia y su abordaje es fundamental de cara a ofrecer respuestas eficientes, diferenciadas y adaptadas a los retos y problemas contemporáneos. Esta monografía analiza la situación actual del VIH en España con una perspectiva global y con la vocación de incorporar intervenciones innovadoras en el sistema. Para lograrlo, se ha utilizado un modelo que consta de nueve dimensiones de análisis, las cuales abordan la magnitud de la enfermedad, los grupos poblacionales vulnerables, las barreras de acceso a la atención sanitaria, la dimensión social, la cronicidad, el envejecimiento y la multimorbilidad, la atención sociosanitaria, la investigación, el impacto económico y la respuesta estatal.

La metodología de trabajo ha consistido en la revisión crítica de la bibliografía y su discusión estructurada, por bloques temáticos, en 2 reuniones presenciales con investigadores de diferentes ámbitos profesionales, y en un análisis detallado de las conclusiones a las cuales ha llegado el grupo antes de la elaboración del informe final, que se muestra resumido en este número monográfico.

Hemos estructurado la monografía en nueve capítulos, que presentan un diagnóstico de la situación en su conjunto y que proporcionan una visión global de la epidemia y de la respuesta a esta desde varios

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jperez@salud.madrid.org (J. A. Pérez-Molina).

planos. La transición de la epidemia del VIH desde una enfermedad letal de corta evolución hasta una patología crónica nos enfrenta a unos retos asistenciales y organizativos poco estudiados hasta el momento. Creemos que este nuevo escenario exige una reflexión de todos los actores que participan en el cuidado de las personas con VIH para saber cómo enfrentarse a los nuevos desafíos que se plantean actualmente. Esta reflexión debe ayudar a la toma de las decisiones e inversiones correctas para lograr los objetivos de eliminación de la infección por VIH marcados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y debe centrarse en un modelo asistencial que responda a las necesidades de los pacientes con VIH del siglo ^{xxi}.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

La autora Julia del Amo ha recibido honorarios por asesoría científica y conferencias de MSD, ViiV Healthcare y Gilead.

El autor José Antonio Pérez-Molina ha recibido honorarios por asesoría científica o fondos para investigación de ViiV Healthcare, Gilead, Janssen y MSD.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 1. Análisis de la situación

Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria

Mónica Morán Arribas^{a,*}, Antonio Rivero^b, Emma Fernández^c, Toni Poveda^d y Joan A. Caylà^e

^aPrograma de Prevención y Diagnóstico Precoz del VIH y otras ITS, Dirección General de Salud Pública, Madrid, España

^bServicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Reina Sofía/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (Imibic)/Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba, España

^cServicio de Infecciones, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^dGerencia, Coordinadora Estatal de VIH y Sida (CESIDA), Madrid, España

^eServicio de Epidemiología, Agència de Salut Pública, Barcelona, España; Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis, Barcelona, España

RESUMEN

Palabras clave:

VIH
Epidemiología
Poblaciones vulnerables
Prevención
Diagnóstico precoz
Barreras de acceso

En España, los esfuerzos realizados en la prevención del VIH han sido insuficientes y, desde el año 2000, su incidencia permanece estable, por encima de la media europea. Se estima que en España viven entre 130.000 y 160.000 personas con VIH; de ellas, el 18% desconoce estar infectado y la mitad recibe el diagnóstico de forma tardía, lo que conlleva peor evolución, menor esperanza y calidad de vida, y mayores costes. El retraso diagnóstico es mayor en heterosexuales, usuarios de drogas inyectadas, mayores de 50 años e inmigrantes, mientras que los hombres que tienen sexo con hombres son el único grupo donde aumentan los nuevos diagnósticos. Se estima que hasta el 34% de las personas con VIH presentan carga viral detectable, principalmente debido a barreras que dificultan su diagnóstico, como el insuficiente acceso a la prueba y la baja percepción del riesgo tanto por personas que desconocen estar infectadas como por los profesionales.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Burden of HIV infection, vulnerable populations and access barriers to healthcare

ABSTRACT

Keywords:

HIV
Epidemiology
Vulnerable populations
Prevention
Early diagnosis
Access barriers

In Spain, HIV incidence has remained stable and higher than the European average since 2000 due to insufficient prevention measures. An estimated 130,000–160,000 people are believed to be living with HIV in Spain, including 18% who do not know they are infected, and half are late diagnoses, with a poorer clinical course, lower quality of life and life expectancy, as well as higher costs. Late diagnosis is more common in heterosexuals, intravenous drug users, people over 50 years of age and immigrants, whereas men who have sex with men are the only group where the rate of new diagnoses is increasing. An estimated 34% of people with HIV have a detectable viral load, mainly due to barriers that hinder diagnosis such as insufficient testing availability and the low risk perception of undiagnosed individuals and healthcare professionals.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monicmorán@gmail.com (M. Morán Arribas).

España no consigue reducir la tasa de nuevos diagnósticos de VIH y su incidencia se mantiene estable desde el año 2000, por encima de la media de la Unión Europea y Europa Occidental, con 3.428 nuevos casos y una tasa global de 9,44/100.000 habitantes en 2015^{1,2}. Aunque la incidencia de sida ha descendido notablemente desde la aparición del tratamiento antirretroviral de gran eficacia (TAR) en 1996, España es uno de los países con mayor incidencia de sida en Europa Occidental, con 595 casos en 2015 y una tasa de 1,8/100.000 habitantes^{1,3}.

También la mortalidad por VIH y sida continúa disminuyendo hasta 700 personas en 2014 (tasa de mortalidad global por VIH y sida: 1,5/100.000 habitantes)^{1,4}. De estos datos se deduce que el incremento anual de personas que viven con VIH en España rondaría los 2.500-3.000 casos, lo que generaría un aumento constante de la prevalencia, con una estimación de 130.000-160.000 personas que viven con VIH y una prevalencia global del 0,4%, que se concentra mayoritariamente en zonas urbanas, sobre todo en grandes ciudades, como Madrid y Barcelona^{2,4}.

Un aspecto clave para el control del VIH es la reducción de la denominada «epidemia oculta». Se estima que el 18% de las personas que viven con VIH en España desconocen que están infectadas², aún lejos de los objetivos marcados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) para 2020 de lograr que el 90% de las personas con VIH estén diagnosticadas.

Otra prioridad es la reducción del diagnóstico tardío (DT) (CD4 < 350 células/μl en el momento del diagnóstico) y la enfermedad avanzada (CD4 < 200 células/μl o diagnóstico simultáneo de VIH y sida). En 2015, el 46,5% presentaba CD4 < 350 células/μl y el 27,1%, enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico¹. El DT es uno de nuestros mayores retos, con consecuencias tanto en la salud individual del paciente como a nivel poblacional y en términos de costes económicos. La detección precoz y el acceso al TAR reducen la mortalidad y la transmisión del virus de forma considerable.

En un paciente con DT, la probabilidad de desarrollar sida y morir aumenta de forma importante. Según datos de la cohorte CoRIS (Cohorte de la Red de Investigación en Sida), los pacientes diagnosticados de forma tardía corren riesgo de fallecer 5,22 veces más que los diagnosticados precozmente⁵ y la mortalidad aumenta 10 veces durante el primer año tras el diagnóstico y se multiplica casi por 2 al transcurrir entre 1 y 4 años. En las personas con enfermedad definitiva de sida en el momento del diagnóstico, el riesgo de fallecer se incrementa 20 veces durante el primer año después del diagnóstico⁶.

En segundo lugar, el coste del tratamiento y cuidado de los enfermos con DT es mucho mayor, al presentar mayor tasa de morbilidad y hospitalizaciones.

Finalmente, también existe un impacto negativo a nivel epidemiológico. Hay estudios que muestran que en un alto porcentaje de las nuevas infecciones estaban implicadas personas que desconocían

su estado serológico y se estima que la tasa de transmisión del VIH es 3,5 veces mayor en las personas que desconocen su infección comparada con la de las ya diagnosticadas⁷⁻⁹.

Todos estos datos demuestran que la infección por VIH en España es un problema que continúa vigente, con un importante infradiagnóstico y DT que obligan a tomar medidas urgentes (fig. 1).

Grupos poblacionales vulnerables

Vías de transmisión

Los principales mecanismos de transmisión del VIH son la vía sexual y, en mucha menor medida, el contacto con sangre o fluidos en la transmisión madre-hijo (vertical); los accidentes laborales de tipo biológico; el uso compartido de material de inyección por usuarios de drogas, y las transfusiones sanguíneas, exposición a hemoderivados o trasplantes de órganos. Actualmente, en España no se producen casos de transmisión por transfusión o trasplante, y las infecciones por vía vertical son excepcionales. La vía mayoritaria es la sexual, seguida de la vía parenteral por consumo de drogas intravenosas.

El riesgo de adquirir la infección es distinto según la exposición. Sin embargo, el riesgo no solo se estima en función de la probabilidad de transmisión de cada exposición sino que también depende del número de exposiciones a lo largo del tiempo; la carga viral plasmática; el recuento de linfocitos CD4 y el seguimiento del TAR. Padece una infección de transmisión sexual (ITS) también incrementa el riesgo de adquirir el VIH¹⁰.

Grupos poblacionales clave en España

Las poblaciones clave, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNUSIDA, son grupos de personas que tienen más posibilidades de estar expuestos a la infección y contar con su participación es fundamental para lograr una respuesta eficaz frente al VIH. Las poblaciones clave incluyen principalmente a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas en contextos de prostitución y sus clientes, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas (PID) y los inmigrantes, especialmente en situación irregular¹¹.

Factores sociales, culturales, políticos o económicos pueden convertir a una persona en más vulnerable al VIH. Algunos factores, como la accesibilidad y cobertura del sistema sanitario, la desigualdad de género, la violación de los derechos humanos y otros, limitan la capacidad del individuo y la comunidad de evitar la infección y pueden estar fuera de su control. También existe mayor susceptibilidad biológica al presentar otra ITS o en la mujer joven o durante la menopausia, por la mayor fragilidad de la mucosa vaginal, etc. Los factores de riesgo y la vulnerabilidad social pueden reforzarse mu-

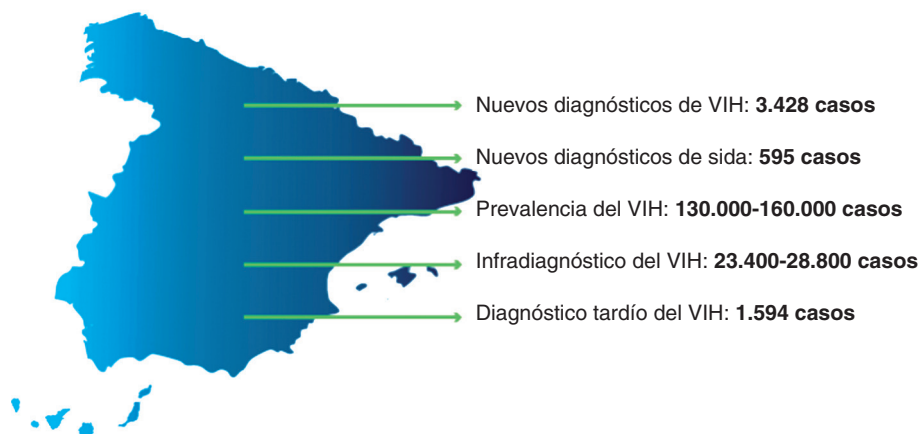


Figura 1. Situación del VIH en España. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018 y esta adaptada de SINIVIH, 2016¹ y Núñez et al, 2013².

tuamente y aumentar el riesgo de infección. Por tanto, a pesar de que cualquier persona es susceptible de infectarse, la OMS indica que la probabilidad de adquirir el VIH es 14 veces mayor en las trabajadoras del sexo que en otras mujeres; 19 veces mayor en los HSH que en la población general y 50 veces mayor en las mujeres transexuales que en otros adultos. Para las PID, el riesgo de contraer el VIH también es 50 veces mayor que en la población general¹².

Cuando comenzó la epidemia en España, el grupo mayoritario de nuevas infecciones eran las PID. Sin embargo, a día de hoy, el VIH se adquiere mayoritariamente por vía sexual (79%). Los HSH representan el 53,6% de los nuevos diagnósticos y las relaciones heterosexuales, el 25,4%, mientras que las PID solo representan el 2,8% (fig. 2). La transmisión entre HSH es la única vía en la cual se observa un aumento de casos, mientras que la transmisión heterosexual y la parenteral descenden considerablemente¹³ (fig. 3). En 2015, la tasa de nuevos diagnósticos fue 12/100.000 en hombres y 2,0/100.000 en mujeres, lo que muestra una progresiva masculinización de la epidemia, con el 85,9% de nuevos diagnósticos en hombres¹. La media de edad fue 36 años. Los HSH presentan menor edad en el momento del diagnóstico y los heterosexuales y las PID, con un elevado DT, suelen recibir el diagnóstico a edades más avanzadas. El 30,3% de los nuevos diagnósticos se establecieron en personas extranjeras, principalmente de Latinoamérica (16%) y África subsahariana (5,8%)¹ (fig. 4).

HSH. Seis de cada 10 nuevas infecciones se producen a través de relaciones sexuales de riesgo entre hombres. Los HSH son el único grupo donde no se ha reducido la incidencia de VIH en Europa y, desde 2004, los nuevos casos han aumentado el 33% y representan el 42% de los nuevos casos del continente¹³. En España, los nuevos diagnósticos en HSH ascendieron del 46,1% en 2010 al 53,6% en 2015¹.

Además de ser los HSH el grupo mayoritario, también son los más concienciados. Los HSH son, con el 38,4%, el grupo con menor DT y los que se realizan la prueba más frecuentemente. Sin embargo, en cifras absolutas, continúan siendo el grupo con mayor DT (46,2% del total) debido al peso que tienen en las cifras globales¹. La contradicción de

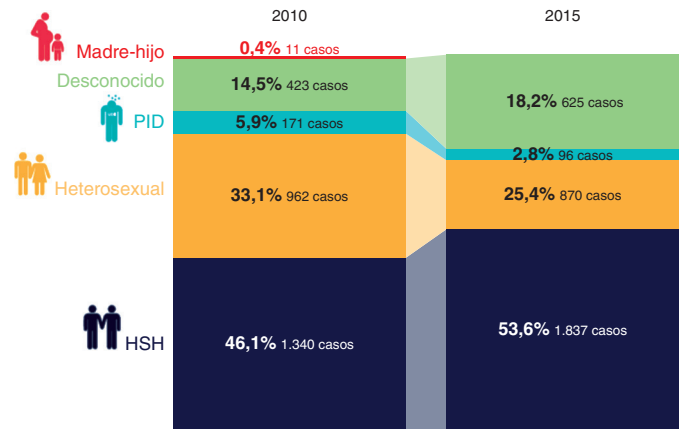


Figura 3. Evolución de nuevos diagnósticos según vías de transmisión (2010-2015). HSH, hombres que tienen sexo con hombres; PID, personas que se inyectan drogas. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018. Fuente: SINIVIH, 2016¹.

este aumento de casos en HSH a pesar de su mayor concienciación puede explicarse por el alto riesgo de transmisión del VIH e ITS en las prácticas sexuales anales, y por su elevada prevalencia de VIH (el 9,6% en HSH frente al 0,8% en heterosexuales). Además de los factores biológicos y conductuales, también es destacable el riesgo debido al tamaño y densidad de las redes en que se producen los encuentros sexuales¹⁴. Un estudio australiano concluyó que el mayor tamaño y la menor densidad de las redes sexuales se asocian con mayor número de parejas sexuales anales¹⁵. Otros estudios relacionaron el uso de las redes sociales con mayor número de parejas masculinas y sexo transaccional¹⁶. También el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH, lesbianas, gay, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGTBI), etc. influyen y es necesario abordarlos en la prevención¹⁴.

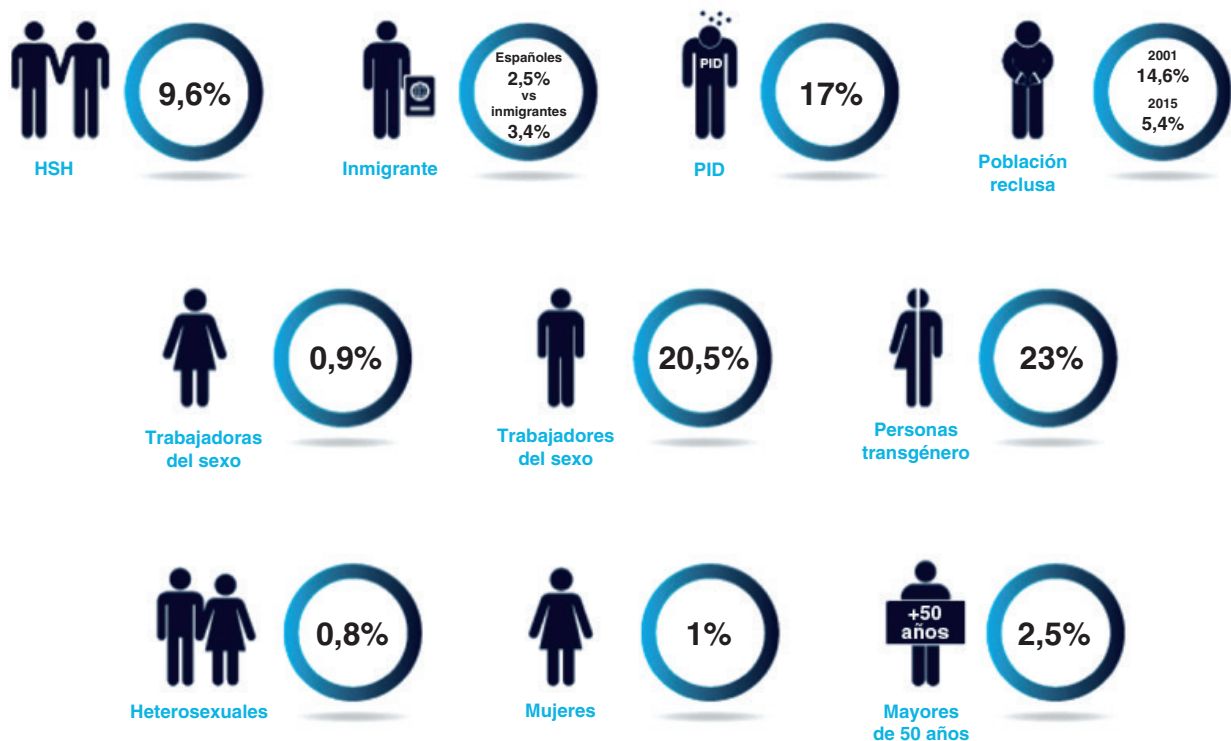


Figura 2. Prevalencia del VIH en primera visita a los centros específicos de VIH/ITS (2000-2013). HSH, hombres que tienen sexo con hombres; PID, personas que se inyectan drogas. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018. Fuente: Grupo EPI-VIH, 2016²¹, y MSSSI, 2015¹⁹.

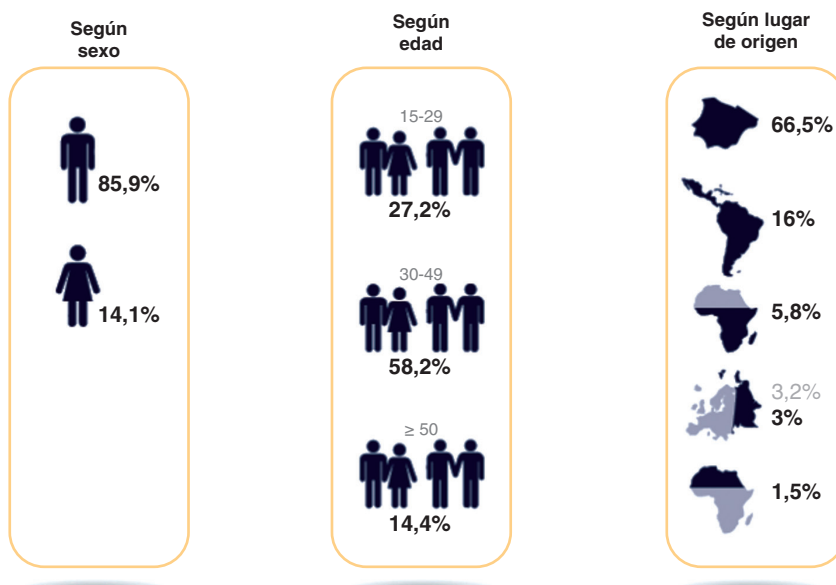


Figura 4. Nuevos diagnósticos según sexo, edad y lugar de origen (2015). Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018. Fuente: SINIVIH, 2016¹.

PID. Actualmente solo representan el 2,8% de las nuevas infecciones¹ debido al menor uso de la vía intravenosa y al cambio a la heroína fumada; a los programas de intercambio de jeringuillas y tratamiento con metadona; a las campañas educativas, y a la menor incorporación de jóvenes al consumo de drogas inyectables¹⁷. Sin embargo, el 60% de los nuevos diagnósticos es tardío¹. La cohorte CoRIS observó una probabilidad casi 3 veces superior de DT en PID que en HSH.

Otro problema importante es la elevada coinfección con el virus de la hepatitis C (VHC). Actualmente, la prevalencia de coinfección VIH/VHC ha disminuido al 11,7% en España, pero es preocupante porque el VHC complica seriamente el abordaje de los pacientes con VIH¹⁸.

Para continuar con los avances registrados, se deben reforzar los programas de reducción de daños y mejorar el acceso a la prevención y diagnóstico de esta población.

Población reclusa. La vía parenteral es el principal riesgo asociado a la población reclusa y, al igual que en las PID, también ha experimentado importantes cambios: modificación del patrón de consumo de drogas, menor uso de la vía parenteral y aumento de reclusos inmigrantes, que consumen drogas en menor medida^{7,17}. Estos hechos, junto con las medidas preventivas y de reducción de daños, han provocado una disminución de la prevalencia del 14,6% en 2001 al 5,4% en 2015, aunque esta continúa siendo superior a la media de la población no reclusa. Por ello, es necesario reforzar la prevención y mantener el descenso de la prevalencia del VIH en las instituciones penitenciarias¹⁹.

Inmigrantes. Las personas inmigrantes son un grupo muy heterogéneo y constituyen una población especialmente vulnerable debido a su contexto sociocultural, lingüístico, económico, laboral, administrativo y legal, y es necesario adaptar las intervenciones a sus características específicas.

El porcentaje de personas de origen extranjero diagnosticadas descendió durante el período 2009-2015, probablemente debido al hecho de que los extranjeros residentes en España han disminuido, pero en el año 2015 hasta el 30,3% de los nuevos diagnósticos de VIH se produjeron en personas inmigrantes a pesar de no sobrepasar el 12% de la población general¹. La mayor parte de ellos son originarios de Latinoamérica (16%) y África subsahariana (5,8%) (fig. 4).

Se observa que en los casos procedentes de Europa Occidental y Latinoamérica, la transmisión entre HSH es predominante. En los

subsaharianos, en cambio, el 83,9% adquirió la infección por vía heterosexual frente al 21,1% en los españoles. Los europeos del Este destacan por una mayor proporción de casos por uso de drogas inyectables, principal vía en esa región¹.

El DT también varía en función de la región geográfica, aunque siempre es mayor que en españoles. En subsaharianos, el 63,1% son DT¹. CoRIS observó que ser latinoamericano incrementaba la probabilidad de DT el 40% y provenir de África subsahariana, el 60%⁶. Los inmigrantes se infectan en una proporción importante en los países de acogida. Entre 2013 y 2015, el 76% adquirió el VIH en España, hecho más frecuente en hombres, HSH y personas de Latinoamérica y Europa²⁰.

Trabajadores sexuales y personas transgénero. Los trabajadores sexuales y las personas transexuales son grupos muy heterogéneos, especialmente vulnerables al estigma y discriminación, que requieren intervenciones específicas. Los trabajadores sexuales HSH y las mujeres transexuales en España presentan la mayor prevalencia del VIH.

Las personas que ejercen la prostitución pueden tener mayor probabilidad de prácticas sexuales de riesgo y consumo de sustancias debido al ejercicio de su trabajo. Existe gran heterogeneidad en este colectivo, que incluye a mujeres, hombres, personas transexuales, inmigrantes, usuarios de drogas, etc. La red de centros específicos VIH/ITS en 2000-2013 muestra una prevalencia 20 veces mayor en trabajadores sexuales HSH (20,5%) que en mujeres trabajadoras del sexo (0,9%)²¹. Actualmente, entre las trabajadoras sexuales en España más del 80% son mujeres inmigrantes de Latinoamérica, países del Este de Europa y África subsahariana, frecuentemente en situación irregular. Además del estigma y discriminación vinculados al trabajo sexual, estas mujeres presentan mayores dificultades para acceder a los servicios sociosanitarios debido a barreras culturales e idiomáticas, o por desconocimiento del sistema, etcétera²².

La creencia de que las mujeres cissexuales que ejercen la prostitución son un elemento clave en la transmisión del VIH es falsa dado que la prevalencia del VIH en ellas es similar a la de mujeres heterosexuales de alto riesgo y se ha mantenido constante entre 2005 y 2011, en el 1-2%²². Además, los estudios muestran el importante papel de los clientes de la prostitución en la transmisión por su rechazo al uso del preservativo²³.

El VIH afecta de manera desproporcionada a las personas transexuales en todo el mundo. En España, los centros específicos VIH/ITS,

entre 2000 y 2013, muestran una prevalencia en transexuales del 23%²¹. Sin embargo, se trata de una población a menudo olvidada por las políticas de prevención del VIH. Las personas transexuales, hombres o mujeres, son más vulnerables debido a una combinación de factores biológicos, sociales y estructurales²⁴. La terapia hormonal que puede interaccionar con los fármacos antirretrovirales, el estigma, el miedo a revelar el estado serológico, la pobreza, la falta de oportunidades laborales que conduce a dedicarse al trabajo sexual, la violencia, las barreras para acceder a la atención, el uso de sustancias o los problemas de salud mental son algunos de ellos²⁴.

Heterosexuales. Desde el inicio de la epidemia, la utilización de los denominados «grupos de riesgo» ha provocado que existan personas heterosexuales que se encuentran en riesgo, pero resultan invisibles para el sistema sanitario. Una razón es la baja prevalencia del VIH en heterosexuales. El estudio PIVOM en Madrid, realizado en 2012, obtuvo una prevalencia de VIH del 0,35% entre la población general de 16 a 80 años, independientemente del mecanismo de transmisión²⁵. La prevalencia de hombres y mujeres heterosexuales que acudieron a la red EPI-VIH entre 2000 y 2013 fue inferior al 1,4%²¹.

Sin embargo, la transmisión heterosexual continúa teniendo un peso importante con una de cada cuatro nuevas infecciones (25,4%)¹. La principal consecuencia de la invisibilidad de este grupo poblacional es el DT. Los profesionales no están suficientemente sensibilizados y la población heterosexual tiene menor conciencia del riesgo de contraer el VIH. El DT en hombres heterosexuales alcanzó el 63,1% y en mujeres, el 54,4%¹. La cohorte CoRIS muestra que la adquisición del VIH por vía heterosexual incrementa la probabilidad de DT 2 veces respecto a los HSH⁶.

Mayores de 50 años. El 14,4% de los nuevos diagnósticos en España se producen en mayores de 50 años¹. Los mayores de 50 años son el único grupo etario donde predomina la transmisión heterosexual y tienen una probabilidad 3 veces mayor de experimentar un DT que los menores de 30 años (el 31% entre 15 y 19 años, y el 63,2% en mayores de 49 años)⁶. Las personas de mayor edad son menos conscientes de su riesgo y también falta concienciación en los profesionales sanitarios.

Mujeres. En 2015, las mujeres todavía representaban el 14,1% de los nuevos casos y el 49,2% eran mujeres inmigrantes con un nivel educativo más bajo¹. Existen factores biológicos, sociales, económicos y culturales que convierten a las mujeres en más vulnerables frente a la infección por VIH. Las mujeres tienen 2 veces más riesgo que los hombres heterosexuales de contraer el VIH en un coito no protegido, especialmente las mujeres muy jóvenes o las mujeres en la menopausia. Otro factor es la socialización del «amor romántico», que propugna la confianza absoluta en la pareja en una relación afectiva, lo que puede llevar a la no utilización del preservativo como demostración de lealtad. La desigualdad en las relaciones afectivas y sexuales, las desigualdades de poder y la dependencia económica influyen en la toma de decisiones sobre la salud sexual, lo que limita el autocuidado y la prevención²⁶. En España, las mujeres inmigrantes son especialmente vulnerables y a ello se unen la falta de una red social en los países de acogida y las barreras lingüísticas. Por ello, es necesario garantizar unas condiciones jurídicas, institucionales, sociales y económicas que permitan actuar frente a estos factores de desigualdad y abordar la sexualidad con perspectiva de género. En este sentido, el enfoque de género promueve los intereses de ambos sexos desde el marco de los derechos humanos y la igualdad de oportunidades²⁶.

Conductas de riesgo

El incremento de las ITS en España muestra un aumento de las conductas sexuales de riesgo, especialmente entre los HSH. El 46,3% de los nuevos diagnósticos de VIH por transmisión sexual presentaron ITS previas. En el período 2003-2013, el 33,6% de los nuevos diag-

nósticos de VIH de los centros de VIH/ITS presentaron simultáneamente otra ITS y, entre 2005 y 2011, la coinfección de VIH/sífilis alcanzó el 24,4%, y la de VIH/gonococia, el 12,3%²⁷.

El insuficiente uso del preservativo, el incremento del número de parejas sexuales, la utilización de aplicaciones móviles para buscar contactos sexuales y la utilización de drogas para el sexo son conductas de riesgo relacionadas con el incremento de ITS. En 2013, el estudio EMIS mostró que el uso sistemático del preservativo entre HSH en los últimos 12 meses era del 25,2% en la pareja estable y del 54,7% con las parejas esporádicas²⁸. Otro estudio observó un moderado uso sistemático del preservativo en el coito anal (54,6%) y vaginal (49,1%), y muy bajo en el sexo oral (6,2%). Asimismo, observó una baja probabilidad percibida (20,3%) y un miedo moderado (41,3%) de adquirir la infección.

A pesar de ser un fenómeno minoritario, el *chemsex*, caracterizado por consumir drogas para mantener relaciones sexuales durante largo tiempo, muestra una tendencia al alza entre los HSH, con el consiguiente riesgo de contraer ITS. El centro comunitario Barcelona Checkpoint constató que el riesgo de VIH entre HSH que practican *chemsex* se multiplica por 3²⁹.

Además, las nuevas aplicaciones móviles o *apps* de contactos median en un mayor número de encuentros sexuales y su uso muestra una relación con el aumento del número de parejas sexuales y mayor exposición al riesgo. La «privatización» de los encuentros sexuales dificulta la entrada de mensajes preventivos al alejarse las interacciones sexuales de los espacios comunitarios y públicos (saunas, locales de sexo, etc.) y la prevención debe adaptarse a estas nuevas herramientas³⁰.

Existe un adelanto de la iniciación sexual juvenil y un aumento del número de parejas sexuales en Europa. Se observa que el descenso de la edad de la primera relación sexual, el aumento del número de parejas sexuales a lo largo de la vida y las prácticas sexuales anales entre varones son factores que contribuyen al aumento de la incidencia de las ITS³¹. Además, solo una minoría de jóvenes europeos dispone de información rigurosa sobre prevención de las ITS. Hay desconocimiento del VIH y las ITS, una actitud favorable a las relaciones sexuales casuales, creencias erróneas sobre la prevención del VIH y subestimación del riesgo ante múltiples parejas sexuales³¹.

Barreras de acceso a la atención sanitaria

Cascada de tratamiento del VIH en España

Según datos de 2016 sobre la cascada del tratamiento en España, el 18% de las personas con VIH desconocía su estado serológico y, de los pacientes diagnosticados, el 8% no accedió al tratamiento antirretroviral; el 12% de los tratados no alcanzó la supresión viral. Todo ello significa que un porcentaje del 34% de las personas con VIH en España se pierde a lo largo de la cascada y es necesario incidir sobre el DT, la vinculación subóptima al sistema sanitario o el cumplimiento insuficiente del tratamiento (fig. 5). El infradiagnóstico requiere conocer las barreras de acceso de los pacientes al sistema sanitario y, más específicamente, a la prueba diagnóstica del VIH³².

Barreras de acceso a los servicios sanitarios

Existen numerosas barreras en el sistema sanitario que dificultan el acceso a los servicios de diagnóstico, como la falta de disponibilidad y accesibilidad a las pruebas del VIH en entornos comunitarios más próximos al paciente o la falta de sensibilización y formación de los profesionales. En Atención Primaria, destacan la dificultad para abordar la salud sexual y el VIH, la insuficiente formación para aumentar la solicitud de la prueba y la falta de tiempo³³. En una encuesta reciente, el 88,1% de los médicos de familia consideraban necesaria la formación en aspectos clínicos; el 82,2% en técnicas diagnósticas, y el 86,1% en consejo previo y posterior a la prueba³⁴. A pesar de ello, Atención Primaria solicita el 30% de las serologías del VIH.

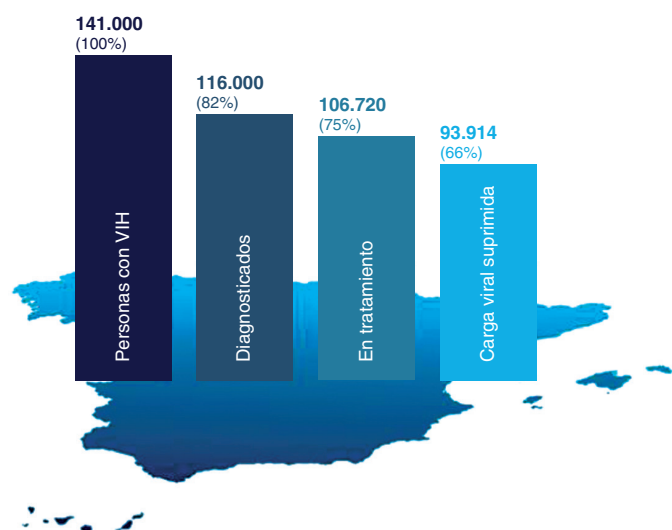


Figura 5. Cascada del tratamiento del VIH en España (2016). Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018. Fuente: ECDC, 2017³².

La situación administrativa irregular de algunas personas puede ser una barrera para la atención, lo que dificulta la citación, la realización de pruebas complementarias y el acceso al tratamiento. Aunque existen mecanismos para solventarlo, los trámites resultan complejos y retrasan o dificultan la atención, así como la falta de servicios adaptados lingüística y culturalmente³⁵. El temor a la enfermedad y la muerte; la baja percepción del riesgo al VIH; el desconocimiento de los beneficios del diagnóstico precoz; la falta de información, y el insuficiente acceso a la prueba son algunas de las barreras percibidas por los pacientes³³. Un estudio reciente en España observó que 2/3 partes de la población no se había hecho la prueba del VIH, principalmente por falta de sensibilización y concienciación del riesgo (53,5%), y las barreras más frecuentes estaban relacionadas con el sistema sanitario y el estigma. La subestimación del riesgo de infección, los estereotipos y la gravedad percibida del VIH se asociaban con la decisión de no someterse a la prueba. El miedo y la incertidumbre a un

resultado positivo, el temor al estigma y la discriminación, o la preocupación por el hecho de que no se respete la confidencialidad son otras barreras³³ (fig. 6).

Asimismo, existen colectivos, como las mujeres inmigrantes trabajadoras del sexo, en que las pérdidas de seguimiento son muy habituales debido a la mayor movilidad geográfica, lo que provoca la interrupción del tratamiento.

En definitiva, las barreras relacionadas con los derechos humanos (estigma, discriminación, violencia, actitudes sociales negativas, obstáculos legales, etc.) contribuyen a incrementar la vulnerabilidad frente al VIH ya que limitan el acceso a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Las vulneraciones de los derechos humanos y de género son las razones principales del fallo en la prevención del VIH y del insuficiente progreso en la reducción de las nuevas infecciones en muchas regiones del mundo (fig. 6).

Conclusiones

Los esfuerzos en prevención continúan siendo insuficientes para reducir la incidencia en España, que se mantiene estable por encima de la media de la Unión Europea. Se estima que hay entre 130.000 y 160.000 personas que viven con VIH en nuestro país; el 18% de las personas que viven con VIH en España desconoce que está infectado y la mitad de los nuevos diagnósticos son tardíos, lo que conlleva peor evolución clínica, menor esperanza y calidad de vida, y mayor coste asistencial. El DT es mayor en heterosexuales, PID, personas mayores de 50 años e inmigrantes. Otras ITS, como indicador de conductas sexuales de riesgo, presentan también un aumento de la incidencia en los últimos años y la prevalencia de coinfección de VIH y sífilis o gonococia es elevada.

Existen poblaciones con mayor riesgo de exposición al VIH y el colectivo de HSH es el único en que no han disminuido los nuevos diagnósticos en los últimos años. Hablar de «grupos de riesgo» en vez de hacerlo de «prácticas de riesgo» ha provocado que personas que están expuestas al VIH permanezcan invisibles.

El 34% de las personas con VIH en España no alcanzan una carga viral indetectable. Es necesario identificar y eliminar las barreras que dificultan el acceso a los servicios sanitarios y, sobre todo, al diagnóstico y tratamiento. Entre dichas barreras destacan la no universalidad del acceso a la atención y a la tarjeta sanitaria, la baja percepción del

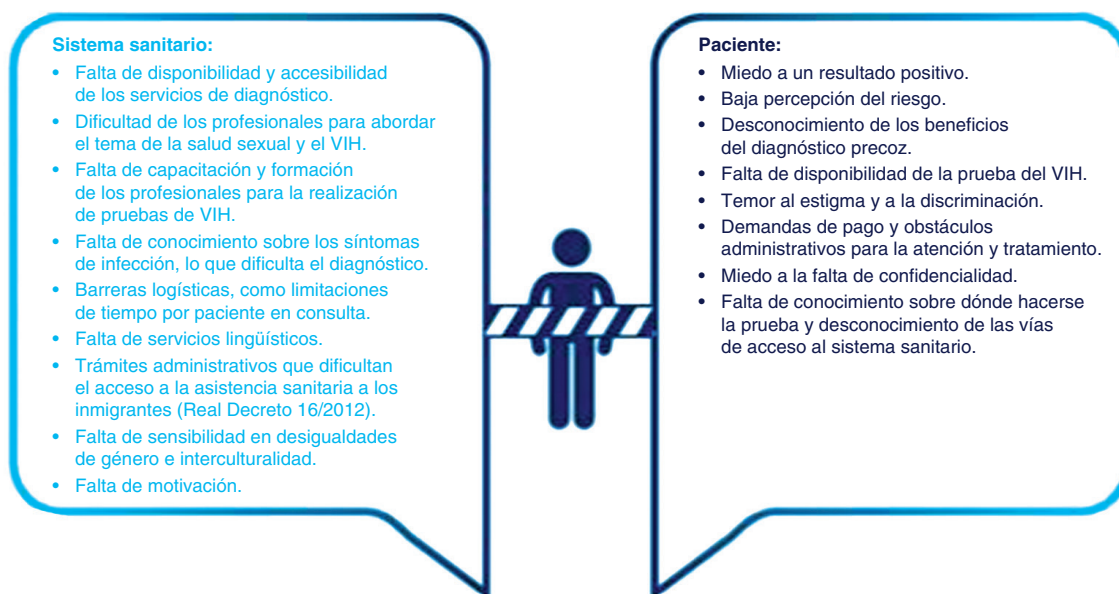


Figura 6. Barreras de acceso a los servicios sanitarios. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018 y esta adaptada de Monge, 2016³⁵; Deblonde, 2010³⁶; Deblonde, 2015³⁷; Puentes, 2016³⁸; Torres 2016³⁹, y Pérez Molina, 2012³⁹.

riesgo, la disponibilidad de la prueba, la insuficiente sensibilización de los profesionales hacia el diagnóstico y las barreras legales de acceso al TAR para algunos colectivos.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

El autor Antonio Rivero ha participado en actividades educativas o asesorías para MSD, ViiV, Gilead y Janssen.

La autora Emma Fernández ha participado en actividades educativas y asesorías para ViiV Healthcare.

Los autores Mónica Morán y Toni Poveda han participado en asesorías para ViiV Healthcare.

El autor Joan A. Caylà declara que no tiene conflicto de intereses potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

Bibliografía

1. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: 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. Noviembre de 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf.
2. Núñez O, Hernando V, del Amo J, Moreno C, Díaz A. Estimación de las personas que viven con el VIH y de la fracción no diagnosticada de VIH en España. XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. Sevilla, 22-24 de marzo de 2017. Abstract CO1.6. Disponible en: <http://www.itcpostergallery.com/seisida2017>.
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2015>.
4. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Mortalidad por VIH y Sida en España, año 2014. Evolución 1981-2014. Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología-Plan Nacional sobre el Sida. Madrid; 2016. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/MortalidadXVIII2014.pdf>.
5. Sobrino-Vegas P, García-San Miguel L, Caro-Murillo AM, Miró JM, Viciano P, Tural C, et al. CoRIS. Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: Prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality. *Curr HIV Res.* 2009;7:224-30.
6. Sobrino-Vegas P, Moreno S, Rubio R, Viciano P, Bernardino JJ, Blanco JR, et al. Cohorte de la Red de Investigación en Sida. Impact of late presentation of HIV infection on short-, mid- and long-term mortality and causes of death in a multicenter national cohort: 2004-2013. *J Infect.* 2016;72:587-96.
7. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: situación en España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; 2011. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/InformeVIHNoDiagnosticado.pdf>.
8. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States - Implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005;39:446-53.
9. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS.* 2006;20:1447-50.
10. Casanova JM, Rodríguez MC, Gómez M. Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria. *AMF.* 2013;9:306-15.
11. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Octubre de 2015. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comunicado de prensa. 11 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/key-populations-to-hiv/es/>.
13. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). HIV and STI prevention among men who have sex with men. Junio de 2015. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/hiv-sti-prevention-among-men-who-have-sex-with-men-guidance.pdf>.
14. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyaletsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet.* 2012;380:367-77.
15. Smith AM, Grierson J, Wain D, Pitts M, Pattison P. Associations between the sexual behaviour of men who have sex with men and the structure and composition of their social networks. *Sex Transm Infect.* 2004;80:455-8.
16. Kelly JA, Amirkhanian YA, Seal DW, Galletly CM, Difranceisco W, Glasman LR, et al. Levels and predictors of sexual HIV risk in social networks of men who have sex with men in the midwest. *AIDS Educ Prev.* 2010;22:483-95.
17. Marco A, Saiz de la Hoya P, García-Guerrero J y Grupo PREVALHEP. Estudio Multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria.* 2013;14:19-27.
18. Gesida. HIV/HCV Coinfection in Spain: Prevalence and Patient Characteristics in 2016. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/gesida-HIV_HCV_prevalencia_2016_FINAL_v04.pdf.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del GARPR. España. Enero-diciembre de 2015. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Plan Nacional sobre el Sida. 2016. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/ESP_narrative_report_2016.pdf.
20. Álvarez-del Arco D, Romero J, Pullido F, Velasco-Arribas M, Dronda F, et al. ¿Los inmigrantes adquieren VIH antes o después de migrar a España? Resultados del estudio europeo aMASE. Comunicación oral presentada en el XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. Sevilla. CO1.4, P3.04. 2017.
21. Grupo EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros específicos de VIH/ITS, 2000-2013. Plan Nacional sobre el Sida-S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología/Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Madrid; 2016. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/pdf_sida/Informe_EPI-VIH_2000-2013_def.pdf.
22. Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V, y Grupo HIVTS-TS. Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gaceta Sanitaria.* 2014;28:196-202.
23. Pardo E, Meroño M. Estudio cualitativo sobre clientes de la prostitución. Àmbit Prevenció Fundació. 2015. Disponible en: <http://fambitprevencio.org/wp-content/uploads/2015/09/ESTUDI-CLIENTS.pdf>.
24. Wansom T, Guadamuz TT, Vasan S. Transgender populations and HIV: Unique risks, challenges and opportunities. *J Virus Erad.* 2016;2:87-93.
25. Moreno S, Ordoñas M, Sanz JC, Ramos B, Astray J, Ortiz M, et al. Prevalence of undiagnosed HIV infection in the general population having blood tests within primary care in Madrid, Spain. *Sex Transm Infect.* 2012;88:522-4.
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía práctica para la integración de la perspectiva de género en los programas de prevención del VIH. Informes, Estudios e Investigación, 2012. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/guiaPrevencionVIH_Accesible.pdf.
27. Grupo EPI-VIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH en usuarios de una red de centros específicos de VIH/ITS, 2003-2013. Plan Nacional sobre el Sida-S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología/Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Madrid; 2016. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/pdf_sida/Informe_Nuevos_diagnosticos_2003-2013_def.pdf.
28. Folch C, Ferrer L, Casabona J, Fernández-Dávila P, Soriano R, Díez M. Encuesta online europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf>.
29. Fernández-Dávila P, Zaragoza K. Trust and sexual interaction: the significance of the internet on the sex life and sexual risk behaviors of gay and bisexual men in Spain. *Int J Sex Health.* 2011;23:120-38.
30. Santoro P, Conde F, Morán-Arribas M, Diezma JC, Ramasco-Gutiérrez M, Rico Bermejo J, et al. Los espacios de sociabilidad sexual de los jóvenes varones madrileños y la transformación en las representaciones sociales del VIH y otras ITS. *Revista Multidisciplinar del Sida.* 2017;5:6-31.
31. Calatrava M, López del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin.* 2012;138:534-40.
32. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Continuum of HIV care Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Continuum-of-HIV-care-2017.pdf>.
33. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Laguía A, Molero F, Toledo J, Arrillaga A, Jaén A. Psychosocial determinants of HIV testing across stages of change in Spanish population: A cross-sectional national survey. *BMC Public Health.* 2017;17:234.
34. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo J. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *EIMC.* 2013;31:451-54.
35. Monge S, Pérez-Molina JA. Infección por el VIH e inmigración. *EIMC.* 2016;34:431-8.
36. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2010;20:422-32.
37. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, Burns F, Delpech V, Cowan S, et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health.* 2015;15:1228.
38. Puentes RC, Aguado C, Pérula de Torres LA, Espejo J, Castro C, Fransi L. Acceptability of the opportunistic search for human immunodeficiency virus infection by serology in patients recruited in Primary Care Centres in Spain. *Aten Primaria.* 2016;48:383-93.
39. Torres R, Aguado C. Barreras al diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria. *Revista Multidisciplinar del Sida. Monográfico.* 2016;4(8).
40. Pérez-Molina JA, Pulido F. Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *EIMC.* 2012;30:472-8.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 1. Análisis de situación

Dimensión social del VIH y respuesta estatal

María José Fuster-Ruizdeapodaca^{a,*}, Emilio de Benito^b, Antonio Poveda^c, Izabella Rohlf^s
y Eugenia Sampedro^e

^aSociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA), Madrid, España

^bDiario El País, Madrid, España

^cCoordinadora Estatal de VIH y Sida (CESIDA), Madrid, España

^dPlanificació CatSalut, Servei Català de la Salut, Catalunya, España

^eMédicos del Mundo, Galicia, España

RESUMEN

Palabras clave:

Determinantes sociales de la salud
Estigma asociado con el VIH
Implicaciones
Respuesta al VIH

La infección por VIH está fuertemente condicionada por factores sociales. Dos de los mayores obstáculos a la respuesta a la infección son el estigma y la discriminación que todavía se asocian con ella. El proceso de estigmatización se produce a través de conductores individuales y facilitadores estructurales que se entrelazan con estigmas superpuestos. El estigma tiene diversas manifestaciones y produce complejas consecuencias que influyen negativamente en la prevención, diagnóstico, tratamiento y calidad de vida. Este artículo revisa estos aspectos, así como las evidencias de estigma existentes en España. La respuesta frente a la infección por VIH requiere un firme compromiso político. Sin embargo, los avances alcanzados en España se han ralentizado a causa de la crisis económica y la falta de liderazgo de las instituciones. Para alcanzar los objetivos internacionales, es necesario colocar al VIH en primera línea de la agenda política.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Social dimension of HIV and state response

ABSTRACT

Keywords:

Social determinants of health
HIV-related stigma
Implications
Response to HIV

HIV infection is strongly conditioned by social factors. Two of the most significant obstacles in the response to HIV is the stigma and the discrimination that is still associated with it. The stigmatization process occurs through individual drivers and structural facilitators that interweave with overlapping stigmas. These stigmas manifest in several forms and lead to complex consequences that negatively influence prevention, diagnosis, treatment and quality of life. This article reviews these issues and the evidence of stigma in Spain. The response to HIV requires a strong political commitment. However, the economic crisis and the lack of leadership from institutions have slowed down the progress achieved in Spain. HIV must be placed at the forefront of the political agenda in order to achieve international goals.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerencia@seisida.net (M. J. Fuster-Ruizdeapodaca).

Introducción

Todas las enfermedades están fuertemente condicionadas por factores sociales, por determinantes sociales de la salud. Estos determinantes son las circunstancias que rodean las vidas de las personas, incluido el sistema sanitario. Los determinantes sociales explican la mayor parte de las inequidades en salud. La distribución de los recursos, el acceso a la educación, el acceso al sistema sanitario, la transmisión de valores y creencias, y la desigualdad entre hombres y mujeres influyen en todas las enfermedades y, en el caso concreto del VIH, determinan su existencia, el estigma que tiene asociado y la calidad y esperanza de vida de las personas con VIH¹.

La desigualdad de género es uno de los determinantes que más influyen en la transmisión del VIH. La relación entre género y VIH es compleja, y está en continua evolución. Además, esta relación interacciona con otros determinantes sociales de la salud, como la educación, los ingresos, la etnia o la orientación sexual. Muchas mujeres heterosexuales en el mundo se encuentran en situación de vulnerabilidad y de poco poder en sus relaciones sexuales con hombres, ya que viven en contextos en que existen mitos culturales que afirman su inferioridad biológica e intelectual; impedimentos estructurales a sus oportunidades económicas, educativas y sociales, y sexismo en las relaciones interpersonales².

La orientación y la identidad sexuales son también una fuente de vulnerabilidad en muchas partes del mundo debido a la homofobia, la transfobia y otras formas de estigma y discriminación contra hombres que tienen sexo con hombres o personas homosexuales. Varios estudios han demostrado que las conductas de riesgo son mayores en aquellas comunidades en que se sufre un estigma más intenso. Por ejemplo, en un estudio sobre conductas sexuales de riesgo en que participaron más de 150.000 hombres de 38 países europeos que tenían sexo con hombres, los hombres que vivían en países con mayores niveles de actitudes homofóbicas tuvieron mayor probabilidad de conductas sexuales de riesgo en los últimos 12 meses³.

Existen muchos otros aspectos sociales que están relacionados con desigualdades y vulnerabilidad social. Sin embargo, todos ellos están afectados de forma general y transversal por el estigma asociado con la infección por VIH. Aunque históricamente muchas enfermedades han estado asociadas con el estigma, como la lepra, el cáncer o la tuberculosis, la infección por VIH es una de las enfermedades más estigmatizadas, con mayor capacidad de echar a perder una identidad⁴ y la que mayor obstáculo representa en su respuesta⁵. Por ello, este artículo tiene el objetivo de revisar este importante aspecto de la dimensión social del VIH y también la respuesta estatal que se ha estado dando al problema.

Estigma y discriminación asociados con el VIH

El proceso de la estigmatización se puede descomponer en diferentes niveles. Existen conductores que se presentan a nivel individual y facilitadores estructurales que se presentan a nivel societal. Además, existen los estigmas superpuestos, a los cuales una persona con VIH puede tener que enfrentarse, como el género, la pobreza, la migración o la orientación sexual. Finalmente, existen diversas manifestaciones del estigma, que son los resultados inmediatos del proceso y que son, en su mayoría, negativos.

Conductores del estigma

El VIH ha representado desde sus orígenes una amenaza para la población. Significó una amenaza para la salud dado que era una infección grave y transmisible. También representó una amenaza simbólica dado que su principal vía de transmisión es la sexual y por el hecho de que se asoció con colectivos que presentaban comportamientos que se apartaban de los estándares morales tradicionales. Esta amenaza se configuró desde sus inicios y en ella desempeñaron

un papel destacado los medios de comunicación. Estos se centraron en fomentar el peligro que representaba el VIH para la salud de la población y en la búsqueda de los «culpables», es decir, de los responsables de la amenaza, de aquellas personas cuyas conductas se consideraban «desviadas» y que, por tanto, eran «castigadas» con la enfermedad⁶. Aunque el estigma asociado con el VIH se construyó en la primera década después de su descubrimiento, hoy día la investigación muestra que continúa habiendo estereotipos asociados con la infección y que la percepción de la gravedad del VIH, las creencias erróneas sobre la facilidad de transmisión por contacto social y la culpabilización de las personas con VIH continúan siendo importantes determinantes de la existencia y persistencia del estigma⁷.

Facilitadores estructurales del estigma

La existencia de leyes protectoras o punitivas, los sistemas de compensación de las vulneraciones de derechos, la conciencia de derechos, las normas culturales y de género, y la existencia de apoyo social para las personas con VIH que conduzca a su empoderamiento y a la resiliencia ante el estigma son factores que se producen a nivel de la sociedad y que favorecen o dificultan la existencia del estigma.

En las sociedades en que existen prejuicios, hay mayor probabilidad de que estos se canalicen en forma de leyes que criminalizan, es decir, que prohíben o penan las conductas que los miembros de los grupos estigmatizados realizan habitualmente. Así ocurre o ha ocurrido en muchos países con el uso de drogas o con las prácticas sexuales con personas del mismo sexo. También existen en el caso de la criminalización de la transmisión sexual del VIH. Estas leyes influyen negativamente en las conductas de salud, disminuyen la capacidad de las personas para protegerse del VIH y pueden facilitar el aumento de la discriminación y del trato injusto en la vida diaria.

Criminalización de la transmisión sexual del VIH

Una tercera parte de los países del mundo tienen leyes específicas que penalizan la transmisión sexual del VIH y su aplicación ha ido aumentando en años recientes. Esto ha producido un considerable aumento de las persecuciones criminales de personas con VIH, especialmente en Europa y Norteamérica⁸.

La protección de la salud pública es el argumento que más frecuentemente se esgrime para defender la penalización de la transmisión del VIH. Sin embargo, no hay evidencia de que este tipo de legislación produzca cambios positivos en la conducta sexual de las personas con VIH. Todo lo contrario, la evidencia muestra que esas leyes desaniman a las personas a hacerse la prueba y a revelar el estado serológico a las parejas sexuales. Asimismo, estas leyes son incompatibles con el conocimiento científico actualizado sobre la transmisión del VIH y contrarias a los derechos humanos y a los objetivos de salud pública^{8,9}. Por ello, organizaciones internacionales han hecho llamamientos a los países para que deroguen las leyes que criminalizan la transmisión del VIH¹⁰.

En España, también se ha producido un incremento temporal del número de demandas y de sentencias que juzgan la transmisión sexual del VIH a terceras personas¹¹. No obstante, es importante destacar que el sistema legal español no contiene legislación específica para el caso del VIH. Los casos de transmisión sexual se juzgan bien por la jurisdicción civil –en la cual, a través de la aplicación del artículo 1902 del Código Civil, se requerirá una compensación económica si la persona demandada es considerada culpable–, bien, más frecuentemente, por la jurisdicción penal. En esta, los casos de transmisión sexual del VIH se juzgan mediante el delito de lesiones (art. 147 del Código Penal) o más comúnmente mediante el delito de lesiones agravado (art. 149 del Código Penal). Para la aplicación de este delito, es determinante que la persona no use condón y que se represente y asuma una alta probabilidad de producir el daño (la transmisión de la infección). Sin embargo, un análisis sobre las sen-

tencias españolas desde 1996 hasta 2016 mostró que los argumentos de las sentencias estaban desactualizados técnica y científicamente^{11,12}. Un ejemplo de ello es que la probabilidad de transmisión del VIH se estima basándose en la reiteración de actos sexuales sin usar condón. Sin embargo, solamente en una de ellas se menciona y explica el papel de la carga viral en el riesgo de transmisión del VIH. Además, esta falta de actualización se interrelacionaba con elementos estrechamente ligados al estigma asociado con el VIH¹². Por tanto, una de las conclusiones importantes que se desprenden de este estudio es la necesidad de formar a profesionales legales en aspectos clínicos, epidemiológicos y sociales del VIH.

Manifestaciones del estigma

Estudios recientes proponen diferenciar entre 4 manifestaciones del estigma: el estigma estructural, el estigma público, el estigma por asociación y el autoestigma¹³.

El estigma estructural hace referencia a la manera en que las instituciones e ideologías dominantes de una sociedad legitiman, perpetúan y exacerban un nivel estigmatizado. El estigma público comprende las reacciones psicológicas y sociales de las personas hacia alguien que se percibe como estigmatizado. Se trata, por tanto, del conjunto de reacciones cognitivas, afectivas y conductuales de las personas que estigmatizan hacia las estigmatizadas. El estigma por asociación se refiere a las reacciones sociales y psicológicas hacia las personas asociadas con una persona estigmatizada (normalmente familiares o amigos). El autoestigma es el impacto social y psicológico del estigma público en las personas estigmatizadas. Está compuesto por dos elementos: el estigma sentido, es decir, la experiencia o anticipación de discriminación por parte de la persona estigmatizada, y el estigma interiorizado, que se refiere al acuerdo con los estereotipos negativos sobre el grupo estigmatizado, su aplicación a uno mismo y las consecuencias de ello (reducción de la autoestima, malestar psicológico, aislamiento y ocultación). El estigma público está en el centro de todas estas manifestaciones puesto que constituye el conocimiento consensuado de que un atributo social está devaluado.

Estigma asociado con el VIH en España

En España ha habido estudios que han mostrado la existencia de estigma en estos diferentes niveles. Uno de los primeros en que se hallaron evidencias de discriminación estructural fue el estudio que llevó a cabo la Fundación para la Innovación y la Prospectiva en Salud en España (FIPSE) en 2005¹⁴. Este estudio encontró prácticas discriminatorias en los reglamentos y protocolos internos de diferentes instituciones, y estas se encontraban ampliamente documentadas en el ámbito de la práctica cotidiana. A pesar de los años transcurridos desde este estudio, el trabajo de agentes sociales y jurídicos continúa mostrando la persistencia de este tipo de estigma¹⁵.

Asimismo, los estudios realizados por la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) han ido mostrando la existencia de estigma público en España. El último estudio de esta Sociedad mostró una tendencia descendente en diversas expresiones del estigma¹⁶. A pesar de ello, todavía en el año 2012, alrededor del 29% de la población española afirmaba que intentaría evitar el contacto con una persona con VIH en alguna de las situaciones de la vida cotidiana analizadas. Además, el 13% de la población todavía estaba de acuerdo en la segregación de las personas con VIH para proteger la salud pública. Sin embargo, el estudio reveló que no había habido evolución positiva en varios determinantes del estigma. Así, permanecían estables las creencias erróneas sobre la posibilidad de transmisión del VIH por contacto social, la gravedad percibida del sida y la culpabilización de las personas con VIH cuando se ponía de manifiesto el modo en que habían contraído el virus (por relaciones sexuales o mediante el consumo de drogas). Además, el grado de cercanía a per-

sonas con VIH no varió, pues la población continuaba teniendo muy poco contacto con dichas personas. La falta de evolución de estas importantes variables relacionadas con el estigma podría traducirse en un incremento de su expresión en el futuro.

Existen también evidencias de estigma interiorizado en las personas con VIH en España. Estas muestran que los niveles de interiorización del estigma se equiparan y también se correlacionan con la magnitud de rechazo o trato diferente que las personas con VIH manifestaban haber sufrido o que anticipaban sufrir^{17,18}. Las investigaciones también muestran que la ocultación del estado serológico en España es de bastante magnitud y que esta dimensión del estigma obtiene las puntuaciones más altas¹⁷. El motivo fundamental para no revelar que se es una persona con VIH es el temor al rechazo, aunque también proteger a otros significativos del estigma por asociación. La interiorización del estigma conlleva sentimientos de vergüenza, de culpabilidad y de inferioridad que afectan negativamente a la identidad social y que tienen unas repercusiones negativas en la calidad de vida⁴.

Consecuencias del estigma

Numerosas investigaciones demuestran que el estigma asociado con el VIH tiene repercusiones negativas en la calidad de vida definida en términos de bienestar psicológico, apoyo social y satisfacción con la vida^{18,19}. Las personas con VIH sufren importantes problemas en las relaciones sexuales, disminución de su autoestima, ansiedad, angustia, estrés, depresión, desesperación y soledad¹⁹. Asimismo, la evidencia existente muestra que la percepción del estigma puede tener implicaciones negativas para la salud física, por ejemplo, problemas de menor cumplimiento del tratamiento²⁰, de retraso en la utilización de servicios sanitarios²¹ o de las consecuencias que el malestar psicológico y la ocultación tienen en el sistema inmunológico²².

El estigma asociado con el VIH también tiene efectos negativos en la salud pública dado que constituye uno de los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones. El estigma infunde miedo; desanima, y a las personas a que se realicen la prueba del VIH, a que busquen información sobre cómo protegerse a sí mismas o proteger a los demás, y desalienta a las personas con VIH a que revelen su estado, e incluso a que sigan un tratamiento para su infección²³. Por tanto, el estigma influye en todas las fases de la cascada de prevención y de diagnóstico y tratamiento.

Una encuesta que SEISIDA administró a una muestra representativa de la población española en 2012 corroboró la importancia del estigma como barrera para el diagnóstico precoz. Sus resultados revelaron que el 79% de la población española consideraba el VIH una enfermedad estigmatizada. Además, el 43% de quienes no se habían realizado nunca la prueba señaló como barrera para ello el temor al rechazo de las personas queridas. Las personas que no se habían hecho la prueba eran las que más optimismo no realista tenían respecto a su posibilidad de infectarse con el VIH y en los que más se relacionaba esta baja percepción de riesgo con tener creencias estereotipadas sobre la infección²⁴.

Respuesta estatal al VIH

La respuesta a la infección por VIH requiere un firme compromiso sostenido en el tiempo. Por eso, a lo largo de los años los organismos internacionales han realizado sucesivas declaraciones y han desarrollado estrategias diversas dirigidas a orientar las intervenciones. España ha organizado los objetivos y actividades en planes multisectoriales desde que en el año 1987 se creara la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de Sida.

Gracias a los avances en la investigación y al trabajo de los distintos agentes, se han ido haciendo notables avances en prevención, apoyo, tratamiento y calidad de vida de las personas con VIH. Por lo que respecta al estigma asociado con el VIH, fue fundamental la rei-

vindicación de la Coordinadora Estatal de VIH y Sida (CESIDA) para que el Plan Nacional sobre el Sida incorporara su reducción y eliminación como línea específica en sus planes multisectoriales. Esto dio como frutos la realización del primer estudio sobre discriminación asociada con el VIH en España¹⁴ y la incorporación de la reducción del estigma y la discriminación como objetivo específico del Plan Multisectorial del Sida en 2008-2012. Hacer hincapié de forma específica en la respuesta al estigma propició un aumento de presupuesto y de acciones que pudieron influir en la tendencia descendente observada en algunas variables de estigma medidas en el estudio de SEISIDA del año 2012¹⁶.

Sin embargo, los avances alcanzados se ralentizaron con la crisis económica. El presupuesto sanitario se congeló y, en el caso del VIH, especialmente a partir del año 2012, se produjo una relevante reducción de los recursos, de actividades y de voluntad política, que ha conducido a un gran debilitamiento de la respuesta al VIH²⁵. Entre las reformas de contención del gasto con mayor impacto en dicha respuesta estuvo la eliminación de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), que pasó a integrarse en la Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología. Esta reestructuración conllevó una pérdida de peso relevante de la SPNS en la organización del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Además, la cantidad destinada por el gobierno central a las comunidades autónomas de manera finalista se eliminó, por lo que estas partidas pasaron a ser incluidas dentro de los fondos de cohesión que se destinan a dichas comunidades. Esto ha comportado la práctica desaparición de los programas de atención y de prevención existentes y, por supuesto, una reducción muy importante del presupuesto destinado a los proyectos ejecutados por las organizaciones no gubernamentales²⁵. No obstante, esta situación no ha sido homogénea en todo el territorio español, dado que algunos gobiernos autonómicos reaccionaron sin poner en práctica alguno de dichos recortes o incluso elevaron al Tribunal Constitucional algunas leyes que, como el RD 16/2012, eliminaba el acceso universal a la salud en España²⁶. Sin embargo y lamentablemente, en los últimos meses este tribunal está fallando a favor del gobierno central. Aparte de lo anterior, se dio marcha atrás en la decisión tomada por el gobierno de contribuir con 10 millones de euros al Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Conclusiones y recomendaciones

La infección por VIH está claramente influida por factores sociales. Por ello, adoptar las medidas adecuadas en el contexto de los determinantes sociales de la salud es un reto fundamental. Entre las más importantes para revertir y detener la expansión del VIH están aquellas dirigidas a abordar la dimensión de género del VIH. Además, existen muchos otros grupos de personas en situación de desigualdad y vulnerabilidad social. En todas estas desigualdades sociales influye de forma transversal y destacada el estigma asociado con el VIH. Este es un gran obstáculo para que se alcancen los objetivos sobre prevención y tratamiento adoptados por la Organización Mundial de la Salud para 2020 («90-90-90»)²⁷. Por ello, dentro de estos objetivos se encuentra también el de llegar a «cero discriminación». Asimismo, se ha propuesto la necesidad de incorporar un nuevo objetivo, «el cuarto 90»²⁸. Este pretende ir más allá de la supresión viral y lograr una buena calidad de vida de las personas con VIH.

La revisión realizada en este artículo ha mostrado que el estigma, en sus diferentes manifestaciones, está presente en España. Lo facilitan las creencias que mantiene parte de la población y que se traducen en prejuicios y actitudes negativas hacia las personas con VIH. Las creencias erróneas, los prejuicios y la falta de conocimiento desembocan también en la existencia de estigma en las instituciones. Las creencias negativas son interiorizadas por muchas personas con VIH y esto tiene repercusiones negativas en su salud y en su calidad de vida. No obstante y dado que no se tienen datos sobre estigma

público desde 2012, sería necesario conocer su evolución desde ese año. Esto permitiría saber si información importante, como el papel de la supresión viral en la transmisibilidad del VIH, ha llegado a la población. Esta información ayudaría a reducir la peligrosidad percibida del VIH y, por tanto, contribuiría a disminuir el estigma. No obstante, el proceso de la estigmatización del VIH y sus consecuencias biopsicosociales son complejos y altamente resistentes al cambio. Por ello, no resultaría sorprendente la persistencia del problema. Este extraordinario fenómeno social necesitaría una extraordinaria respuesta a todos los niveles.

Sin embargo, actualmente España carece de una estrategia clara sobre cómo abordar la respuesta a la infección por VIH y se requiere una fuerte implicación política y social para cumplir los compromisos internacionales asumidos. La respuesta a la infección ha sido un éxito en lo científico y un fracaso desde el punto de vista social. Si no se rectifica, nuevas infecciones continuarán produciéndose en España. La inversión que se está haciendo en dicha respuesta es insuficiente, lo que no parece coherente con el apoyo a las decisiones internacionales de eliminar la infección por VIH en 2030. Aunque la crisis económica pueda hacer comprensibles algunos recortes, el liderazgo y el compromiso político no deberían desaparecer. Por tanto, son necesarios un fuerte liderazgo político y un compromiso económico que garanticen la respuesta al VIH. Esta debería comenzar por la actualización de la Estrategia Nacional para garantizar tanto la continuidad de los programas existentes como la incorporación de nuevas medidas que adopten un enfoque integral de salud que intervenga en los determinantes sociales. Solo así se podrán alcanzar los objetivos establecidos internacionalmente y se conseguirá frenar el impacto sanitario y social de la infección.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

Bibliografía

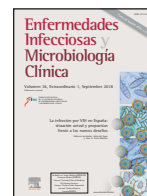
- Dean HD, Fenton K. Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis. *Public Health Rep.* 2014;125:1-5. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/003335491012505401>.
- Gupta GR. How men's power over women fuels the HIV epidemic. *BMJ.* 2002;324:183-4. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.324.7331.183>.
- Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U, et al. Hidden from health: Structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *Vol. 29, AIDS.* 2015;29:1239-46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4820755/>.
- Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Holgado FP, Mayordomo S. Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: The role of group identity. *Qual Life Res.* 2014;23:1967-75.
- ONUSIDA. Hacer frente a la discriminación — Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá. Suiza: Autor. 2017. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf.
- Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. El papel de los medios de comunicación en la construcción del estigma asociado al VIH. En: Quiles del Castillo MN, Morales JF, Fernández MM, editor. *Psicología de la Maldad. Cómo todos podemos ser Caín*; 2014. p. 211-25.
- Fuster MJ, Molero F, de Montes LG, Agirrezabal A, Vitoria A. HIV- and AIDS-Related Stigma: Psychosocial Aspects in a Representative Spanish Sample. *Span J Psychol.* 2013;16:E30.
- Chen AJ. HIV-Specific Criminal Law: A Global Review. *Intersect: The Stanford Journal of Science, Technology and Society.* 2016;9:1-22. Disponible en: <http://web.stanford.edu/group/ojs3/cgi-bin/ojs/index.php/intersect/article/view/829/843>.
- Global Commission on HIV and the Law. *United Nations Development Programme. Risks, rights and health.* New York, USA: UNDP; 2012:1-150. Disponible en: <http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>.

10. UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights. HIV testing and counselling : New technologies, increased urgency, same human rights. Ginebra, Suiza: Autor; 2015. Disponible en: <http://www.hivhumanrights.org/commitmenttohuman-rights/wp-content/uploads/downloads/2015/06/HRRefGrp-TestingStmnt-ENG.pdf>.
11. Bolumar-Montero F, Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Weaitt M, Alventosa J, Del Amo J. Time trends, characteristics, and evidence of scientific advances within the legal complaints for alleged sexual HIV transmission in Spain: 1996-2012. *AIDS Care*. 2015;27:529-35.
12. Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Bolumar F, Del Amo J, Molero FAJ. A psychosocial analysis of Spanish judgments addressing the sexual transmission of HIV: 1996-2016. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35:65.
13. Bos A, Pryor J, Reeder G, Stutterheim S. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic Appl Soc Psych*. 2013;35:1-9. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01973533.2012.746147>.
14. FIPSE. Discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o sida. Madrid: FIPSE; 2005. Disponible en: <https://fipse.es/sites/default/files/documentos/publicacion/2015/07/20/discriminacion.pdf>.
15. Ramiro M, Rubio P. La discriminación por razón de VIH. Los casos de la clínica legal de la Universidad de Alcalá en 2016. 2016. http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/ClinicaLegal_informeCasosDiscriminacionVIH2015.pdf.
16. Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F, Gil de Montes L, Agirrezabal A, Toledo J, Jaen A. Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS Care*. 2014;26:S41-5.
17. Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F, Ubillos S. Evaluación de una intervención dirigida a reducir el impacto del estigma en las personas con VIH capacitándolas para afrontarlo. *An Psicol*. 2016;32:39-49.
18. Ballester-Arnal R, Gomez-Martinez S, Fumaz CR, Gonzalez-Garcia M, Remor E, Fuster MJ. A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS Behav*. 2016;20:281-91.
19. Logie C, Gadalla TM. Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*. 2009;21:742-53.
20. Rao D, Kekwaletswe TC, Hosek S, Martinez J, Rodriguez F. Stigma and social barriers to medication adherence with urban youth living with HIV. *AIDS Care*. 2007;19:28-33.
21. Obermeyer CM, Osborn M. The utilization of testing and counseling for HIV: A review of the social and behavioral evidence. *Am J Public Health*. 2007;97:1762-74.
22. Strachan ED, Bennett WRM, Russo J, Roy-Byrne PP. Disclosure of HIV status and sexual orientation independently predicts increased absolute CD4 cell counts over time for psychiatric patients. *Psychosom Med*. 2007;69:74-80.
23. UNAIDS. Reducing HIV Stigma and Discrimination: A critical part of national AIDS programmes A resource for national stakeholders in the HIV response. Ginebra, Suiza: Autor; 2007:1-56. Disponible en: <papers2://publication/uuid/B2BCF3AE-9FF3-4879-AACE-7EE5D3CD565A>.
24. Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F, Holgado Tello FP, Sansinenea E. Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación. *Acción psicológica*. 2013;10:87-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
25. European AIDS Treatment Group. Políticas de austeridad en la respuesta al VIH/sida en el Estado español. 2014. Disponible en: <http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2014/04/documento-trabajo-impacto-recortes-vih-espana-final.pdf>.
26. Pérez-Molina JA, Pulido F. ¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:437-45.
27. UNAIDS. 90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf.
28. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Barton SE, Costagliola D, Dedes N, del Amo Valero J, et al. Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier. *BMC Med*. 2016;14:5.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 1. Análisis de situación

Cronicidad, envejecimiento y multimorbilidad

Fátima Brañas^{a,*}, Amaya Azcoaga^b, Marisa García Ontiveros^c y Antonio Antela^d

^aSección de Geriátrica, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^bCentro de Salud Los Pintores, SERMAS, Parla, Madrid, España

^cPsicología Clínica, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^dUnidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España

RESUMEN

Palabras clave:

Envejecimiento
Infección por VIH
Cronicidad
Comorbilidad
Fragilidad

Gracias al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TAR) se ha reducido drásticamente la mortalidad y la infección por VIH se ha convertido en una enfermedad crónica. La población con VIH está envejeciendo. Lo hace de forma prematura. A pesar de un buen control inmunoviroológico, el VIH provoca un estado de inflamación crónica e inmunosenescencia acelerada. Clínicamente se manifiesta como un aumento de la comorbilidad relacionada con la edad y de la fragilidad que aparece a edades más tempranas que en la población general. Dada la heterogeneidad de la población mayor con VIH, es importante identificar a aquellas personas que corren el riesgo de tener peor estado de salud y detectar la fragilidad puede ser una buena manera. La relación entre envejecimiento, infección por VIH, tratamiento antirretroviral, comorbilidades y fragilidad todavía necesita ser aclarada. Los pacientes mayores con infección por VIH son pacientes complejos que requieren un abordaje global, específico y multidisciplinario.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Chronicity, ageing and multimorbidity

ABSTRACT

Keywords:

Ageing
HIV infection
Chronicity
Comorbidity
Frailty

Thanks to highly active antiretroviral therapy (HAART), HIV-related mortality has been drastically reduced and HIV infection has become a chronic disease. The HIV-infected population is ageing prematurely. Despite good immunovirological control, HIV causes chronic inflammation and accelerated immunosenescence. This clinically manifests as an increased prevalence of age-related comorbidity and frailty occurring earlier than in the general population. The heterogeneity of older HIV-infected adults highlights the relevance of identifying those who are at risk of poor health, and frailty may be an effective indicator. The relationship between ageing, HIV infection, antiretroviral treatment, comorbidities and frailty still needs to be clarified. Elderly HIV-infected adults are complex patients who require a specific, global and multidisciplinary approach.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fatima.branas@salud.madrid.org (F. Brañas)

Envejecimiento y cronicidad

La instauración del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TAR) ha reducido drásticamente la incidencia de enfermedades oportunistas y la mortalidad directamente relacionada con la infección por VIH en los países desarrollados, lo que ha conllevado un aumento en la esperanza de vida de estas personas y les permite convivir con la infección como con una enfermedad crónica. Además, se ha reducido de forma notable la toxicidad de los fármacos antirretrovirales y se han simplificado sus pautas, lo que ha tenido repercusiones positivas en la calidad de vida de las personas que viven con la infección por VIH¹. Por tanto, el escenario ha cambiado radicalmente respecto al inicio de la epidemia.

La media de edad de los pacientes con infección por VIH ha ido aumentando de forma progresiva y estamos asistiendo al envejecimiento de la población que vive con VIH, por una parte, por este aumento en la supervivencia gracias al TAR, pero también por el porcentaje creciente de nuevos diagnósticos en personas mayores de 50 años. La proporción de nuevos diagnósticos de VIH en personas con 50 años o más supera el 10% en muchos países, incluyendo España, con el 14,4% en 2015². Esto tiene implicaciones clínicas porque está demostrado que el diagnóstico de infección por VIH a una edad superior a 50 años se asocia con mayor riesgo de comorbilidades, peor respuesta inmunológica al TAR³ y menor supervivencia, esta última especialmente en aquellos en que el diagnóstico se emite de forma tardía, muchas veces por falta de sospecha por parte de los profesionales.

El envejecimiento de la población con infección por VIH es un hecho y en los próximos años se estima que irá en aumento. Según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), en 2012 el 30% de las personas que vivían con VIH en los países desarrollados tenían 50 años o más, aunque se objetivaban porcentajes aún superiores en algunos países concretos, como Francia, con el 42%. En Estados Unidos, a día de hoy, la mitad de las personas que viven con VIH y cerca del 20% de los nuevos casos son mayores de 50 años⁴. De acuerdo con el modelo predictivo de Smit et al, se estima que para el año 2030 la media de edad de la población con infección por VIH habrá aumentado de 43,9 años (basándose en datos de 2010) a 56,6 años; el 73% de las personas con infección por VIH tendrán 50 años o más, y cerca del 40% serán mayores de 65 años⁵.

En España, la encuesta hospitalaria de 2015 muestra resultados similares, ya que la media de edad de los pacientes encuestados es de 46,7 años. La presencia de menores de 25 años fue muy escasa (2,6%) y los pacientes con 50 años o más representaban el 41,5% del total. Este último grupo aumentó considerablemente durante el período del estudio, desde el 7,7% en el año 2000 hasta el 41,5% en 2015⁶. Se objetivó, además, que el 59,5% de los pacientes que respondieron a la encuesta llevaban más de 10 años viviendo con el VIH y, a lo largo del período del estudio, también se objetivó un incremento considerable de la proporción de personas que llevaban más de 15 años viviendo con el VIH, desde el 1,7% en el año 2000 hasta el 42,4% en el año 2015⁶.

Los individuos con infección por VIH envejecen y lo hacen con ciertas particularidades. A pesar de un óptimo control inmunoviroológico como respuesta al TAR, no existe una recuperación completa del estado de salud. Las personas que viven con infección por VIH experimentan cambios inmunológicos similares a los que provoca el envejecimiento en la población mayor general sin infección. Estos cambios inmunológicos se producen fundamentalmente como consecuencia de un estado de activación inmunitaria e inflamación persistente que de forma gradual provoca el envejecimiento del sistema inmunitario de forma precoz, lo que se denomina «inmunosenescencia»⁷.

La hipótesis de un envejecimiento prematuro asociado con la infección por VIH se debe a la inmunosenescencia objetivada a pesar de la indetectabilidad virológica tras el TAR, que ocasiona, además,

menor y más lenta recuperación inmunológica en los mayores⁸ y que se manifiesta, entre otras cosas, a través de la alta carga de comorbilidad relacionada con la edad que se observa en estos pacientes y que aparece de forma temprana en las personas con VIH, hasta 10 o 15 años antes que en la población general⁹. Por todo ello, en el momento actual, la edad de 50 años es considerada por la comunidad científica como el umbral a partir del cual una persona con infección por VIH es mayor o de «edad avanzada»¹⁰. Probablemente en los próximos años será necesario replantear este punto de corte de edad realizando estudios con este objetivo en los pacientes que han adquirido la infección ya mayores y sin la carga de toxicidad antirretroviral que han tenido las generaciones anteriores.

Esta población convive con la infección por VIH como con una enfermedad crónica, está envejeciendo y lo hace, además, de forma prematura. Las personas mayores con infección por VIH no solo no son la excepción sino que están cerca de representar el 50% de las personas que viven con VIH en el mundo.

Multimorbilidad

En la población con infección por VIH existe un aumento de prevalencia de comorbilidades relacionadas con la edad, no asociadas típicamente con el VIH, como la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la insuficiencia renal, la hepatopatía, la osteoporosis o la afectación neurocognitiva⁷. Inicialmente se propuso que esta mayor carga de comorbilidad se debía a mayor exposición a factores de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol y otros tóxicos que producen daños a nivel molecular y celular, y al efecto nocivo de determinados fármacos antirretrovirales sobre algunos sistemas. Sin embargo, estos factores explican solo en parte el aumento de prevalencia de enfermedades no asociadas con el VIH y asociadas con el envejecimiento. Cada vez hay más evidencia científica que indica que existe mayor concentración de marcadores de inflamación en individuos con la infección por VIH correctamente tratados respecto a controles no infectados. Estos marcadores de inflamación son el reflejo de la activación crónica del sistema inmunitario, que está asociada con el desarrollo de numerosas enfermedades e, incluso, con un aumento de la mortalidad por cualquier causa también en la población general⁷.

No hay evidencia científica suficiente que nos permita responder a la pregunta de cuánto peso tienen en esta mayor prevalencia de comorbilidades en las personas con infección por VIH el estilo de vida, la exposición prolongada a la toxicidad del tratamiento antirretroviral, la inmunodeficiencia prolongada (linfocitos T CD4+ < 200 células/μl), la coinfección por otros virus, el envejecimiento fisiológico o la propia infección por VIH¹¹.

Lo cierto es que la comorbilidad asociada con la edad se presenta en la población con infección por VIH, como se ha comentado, a edades más tempranas que en la población general, a pesar de un óptimo control inmunoviroológico, debido, en parte, al estado de inflamación de bajo grado crónico y persistente que provoca el VIH¹². En 2011, Guaraldi et al⁹ demostraron una prevalencia de comorbilidades relacionadas con la edad en pacientes con infección por VIH similar a la objetivada en controles VIH-negativos 10 años mayores, lo que sugería una «anticipación» en la aparición de dicha comorbilidad que ha sido corroborada en estudios posteriores^{5,13}.

Si excluimos la coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC), las comorbilidades más frecuentes son: enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, trastornos neurocognitivos y neoplasias no definitivas de sida (linfoma de Hodgkin, cáncer de pulmón, de ano, etc.)^{5,9,13}. Las enfermedades asociadas con la edad tienen gran relevancia clínica no solo por la carga de morbilidad que añaden a los pacientes con infección por VIH sino también porque constituyen su principal causa de hospitalización¹⁴ y muerte en los países desarrollados¹. En España, durante el período 2000-2009 se observó una tendencia descendente en la mortalidad por enfermedad por VIH como diagnóstico principal a costa de un incremento en la mortali-

dad por otras patologías no asociadas con el VIH, que representaron más de la mitad de los fallecimientos en el año 2009 (fig. 1)¹⁵.

A ello se añade que la existencia de comorbilidades lleva implícita el uso de medicamentos para tratarlas y la consecuencia lógica del diagnóstico de este tipo de patologías concomitantes ha sido el incremento de la prescripción de fármacos no antirretrovirales en los pacientes con infección por VIH, por lo que aumenta el riesgo de polimedicación. Esta oscila entre el 9 y el 35% en la población con VIH dependiendo de las cohortes estudiadas: 32,2% en Canadá, 35% en Estados Unidos, 9,2% en Italia, 8,9% en hombres y 11,3% en mujeres en España¹⁶. La prevalencia de polimedicación se eleva drásticamente cuando se trata de pacientes con VIH con una edad ≥ 65 años hasta prácticamente generalizarse¹⁷.

Lo relevante de la polimedicación es que tiene repercusiones en términos de salud. En la población mayor se asocia con mayor complejidad farmacoterapéutica e incrementa el riesgo de efectos adversos e interacciones, errores en la prescripción, reducción del cumplimiento, síndromes geriátricos (caídas, deterioro funcional y fragilidad), visitas a urgencias y hospitalización. Este impacto negativo se ha demostrado también en la población con infección por VIH^{18,19}. Algunos estudios demuestran cómo la probabilidad de interrumpir el TAR en pacientes sin tratamiento previo debido a la toxicidad se incrementa conforme avanza la edad²⁰ o cómo el aumento de la carga de medicación (número de pastillas) por tratamientos crónicos en pacientes con infección por VIH de mayor edad puede contribuir al cansancio y la desmotivación, y afectar a la toma correcta de la medicación²¹.

Es preciso continuar aportando evidencia científica en los próximos años acerca de la carga de comorbilidad en los pacientes mayores con infección por VIH cuando estudiemos una población no expuesta a la toxicidad de los primeros fármacos antirretrovirales. Incidir en el estilo de vida, fomentando un estilo de vida saludable –dieta y ejercicio– y proponiendo el abandono de hábitos tóxicos, como el tabaco y el alcohol, es fundamental en este grupo poblacional, en el cual se ha demostrado un aumento en la prevalencia de estos hábitos respecto a la población general²². No podemos olvidar que las condiciones sociales desfavorables y el contexto en que viven las personas son también un importante determinante del estado de salud. En el caso de las personas que viven con VIH, el riesgo de comorbilidades puede estar aumentado por situaciones de pobreza, exclusión o discriminación social, que a su vez también determinan otros factores, como las coinfecciones o los estilos de vida²³.

La compleja relación entre la infección por VIH, el tratamiento antirretroviral, el envejecimiento y el desarrollo y tratamiento de múltiples comorbilidades hace que el abordaje de los pacientes ma-

yores con infección por VIH sea todo un reto²⁴. El paradigma de paciente está cambiando y ahora las personas mayores con infección por VIH ocupan un lugar protagonista en el abordaje de la infección por VIH tanto cuantitativamente –son cerca de la mitad de las personas que viven con VIH– como cualitativamente, ya que requieren una aproximación holística y global.

Envejecimiento y fragilidad

A pesar de todo lo expuesto, es preciso tener muy en cuenta que las personas mayores que viven con VIH son un grupo heterogéneo y con necesidades de salud muy diferentes. No existe el paciente tipo mayor con infección por VIH. Todos envejecemos, pero no lo hacemos de la misma manera ni a la misma velocidad ni en el mismo grado.

La presencia de fragilidad (síndrome emergente) ha demostrado ser un buen factor pronóstico de acontecimientos adversos en salud en la población general y también en la población con infección por VIH, lo que permite detectar a aquellos que corren el riesgo de evolucionar peor^{25,26}. La fragilidad se define como un síndrome biológico de disminución de la reserva funcional en distintos órganos y sistemas que condiciona una pérdida de la homeostasis o equilibrio en los mecanismos reguladores de modo que disminuye la capacidad de respuesta a daños externos y condiciona mayor vulnerabilidad en términos de salud, lo que es un factor pronóstico de caídas, hospitalización, discapacidad y muerte. En resumen, es el riesgo variable de tener «peor estado de salud» a la misma edad.

El síndrome de fragilidad, de acuerdo con el fenotipo de fragilidad descrito por L. Fried, se caracteriza por 5 criterios bien definidos: debilidad (fuerza de prensión manual en kilogramos ajustada por sexo e índice de masa corporal), baja resistencia al esfuerzo (2 preguntas de la Center for Epidemiological Studies Depression Scale [CES-D]), lentitud (velocidad de la marcha), baja actividad física (consumo de kcal/semana) y pérdida de peso no intencionada. Los individuos frágiles cumplen 3 criterios o más, los prefrágiles cumplen 1 o 2, y los no frágiles o robustos no cumplen ningún criterio. Es la herramienta diagnóstica de primera elección en el Sistema Nacional de Salud para población general y se tarda en pasarla menos de 10 minutos.

Actualmente, una gran mayoría de la población con infección por VIH alcanza la supresión virológica tras iniciar el TAR, por lo que el recuento de linfocitos T CD4+ y la carga viral en sí mismos no son suficientes como marcadores de vulnerabilidad. Detectar fragilidad en estos pacientes se está demostrando como una buena herramienta para identificar a aquellos pacientes mayores con infección por VIH en situación de vulnerabilidad clínica²⁷.

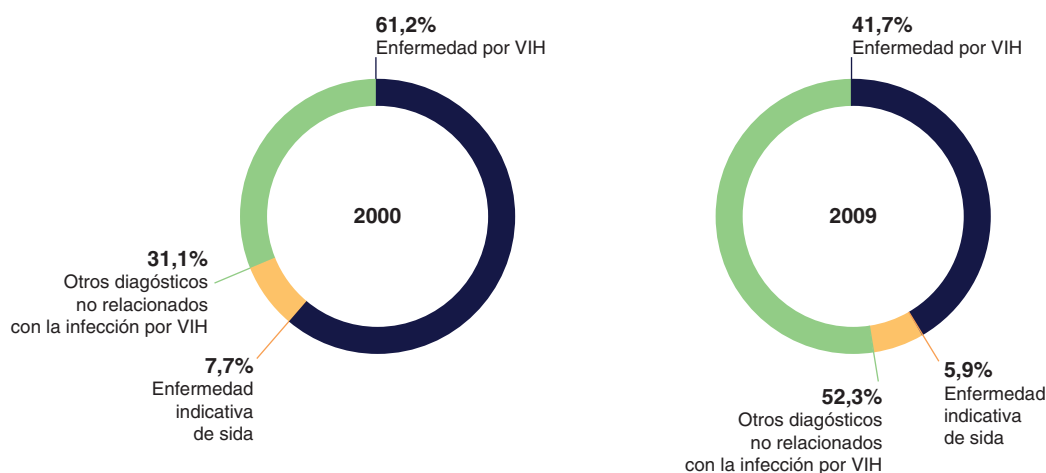


Figura 1. Diagnóstico principal de altas por fallecimiento de pacientes con infección por VIH (2000-2009). Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018.

Fuente: Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo, 2013¹⁵.

La prevalencia de fragilidad en la población con VIH mayor es elevada, entre el 7,5 y el 19% según las series, y superior a la que presenta la población general que vive en la comunidad al menos 10 años mayor (7%), al igual que –como ya hemos expuesto– ocurre con otras enfermedades asociadas con el envejecimiento^{25,26}.

El primer estudio español sobre fragilidad en población mayor con infección por VIH se publicó recientemente²⁸ y observó una prevalencia de fragilidad entre personas mayores que viven con VIH 2 veces mayor que lo descrito previamente en la población general española no infectada de ≥ 70 años (el 15,4% frente al 7,1%). Presentar síntomas depresivos multiplicaba por 9 el riesgo de ser frágil y el cociente CD4/CD8 se asociaba de forma independiente e inversa con el riesgo de fragilidad.

Lo más relevante es que la fragilidad es reversible si se detecta de forma precoz. La detección de fragilidad y la valoración de la función física son una buena herramienta para abordar a cada paciente mayor con infección por VIH según sus necesidades, respetando su heterogeneidad, priorizando los cuidados de los más vulnerables y diseñando estrategias para un mejor uso y mayor rendimiento de los recursos del sistema sanitario.

Conclusión

Gracias al TAR, la infección por VIH se ha convertido en una enfermedad crónica. La población que vive con la infección está envejeciendo y las personas mayores de 50 años representan ya cerca de la mitad de las personas que viven con VIH en el mundo. Además, a pesar de un óptimo control virológico, envejecen de forma prematura, lo que se manifiesta en una menor y más lenta recuperación inmunológica, y en la aparición de comorbilidades relacionadas con la edad y de fragilidad de forma temprana. La población mayor con infección por VIH es una población heterogénea, con distintos estados de salud y distintas necesidades. Detectar fragilidad puede ser una herramienta útil para individualizar el abordaje, especialmente en los más vulnerables. Todo ello hace que el paciente mayor con infección por VIH sea un paciente complejo que requiere un abordaje específico y multidisciplinario.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

La autora Fátima Brañas ha recibido financiación para investigación de MSD y honorarios por participación en reuniones de asesoría o simposios como ponente de MSD y ViiV Healthcare.

La autora Marisa García declara que no tiene conflicto de intereses potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

La autora Amaya Azcoaga ha recibido honorarios por su participación en reuniones de asesoría de ViiV Healthcare.

El autor Antonio Antela ha recibido ayudas a la investigación u honorarios por su participación en reuniones de asesoría, simposios o ensayos clínicos de Abbvie, BMS, Gilead Sciences, Janssen, MSD y ViiV Healthcare.

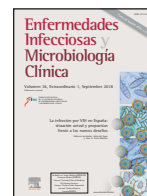
Bibliografía

- Lozano de León-Naranjo F. Envejecimiento prematuro y comorbilidades relacionadas con la edad en los pacientes con infección por el VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida*. Monográfico 2014. 2014;1(3): octubre 2014. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wp-content/uploads/6/04/Fernando-Lozano-Monografico-.pdf>.
- Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: 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; noviembre de 2016. Disponible en: https://http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf.
- Blanco JR, Jarrin I, Vallejo M, Berenguer J, Solera C, Rubio R, et al. Definition of advanced age in HIV infection: looking for an age cut-off. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2012;28:1000-6.
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Report, 2014; vol. 26. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report-us.pdf>.
- Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, Sighem A, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2015;15:810-8.
- Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2015. Análisis de la evolución 2000- 2015. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la salud y Epidemiología. Madrid; 2016. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/pdf_sida/Informe_Encuesta_hospitalaria_2015_def.pdf.
- Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013;382:1525-33.
- Branas F, Berenguer J, Sanchez-Conde M, Lopez-Bernaldo de Quiros JC, Miralles P, Cosin J, et al. The eldest of older adults living with HIV: response and adherence to highly active antiretroviral therapy. *Am J Med*. 2008;121:820-4.
- Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis*. 2011;53:1120-6.
- Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (SPNS), Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). Documento de Consenso sobre edad avanzada e Infección por el VIH 2015. Noviembre 2015. Disponible en: <https://http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docEdadAvanzadaVIH.pdf>.
- Deeks SG. HIV infection, inflammation, immunosenescence, and aging. *Annu Rev Med*. 2011;62:141-55.
- Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, van der Valk M, Geerlings SE, et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: the AGEHIV cohort study. *Clin Infect Dis*. 2014;59:1787-97.
- Wong C, Gange SJ, Moore RD, Justice AC, Buchacz K, Abraham AG, et al. Multimorbidity among persons living with human immunodeficiency virus in the United States. *Clin Infect Dis*. 2018;66:1230-8.
- Lazar R, Kersanske L, Xia Q, Daskalakis D, Braunstein SL. Hospitalization Rates Among People With HIV/AIDS in New York City, 2013. *Clin Infect Dis*. 2017;65:469-76.
- Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Morbimortalidad hospitalaria en pacientes con VIH ingresados en los hospitales del SNS. Análisis del CMBD 2000-2009. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida. Madrid; 2013. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/INFORME_CMBD_2000_2009_def.pdf.
- Gimeno-Gracia M, Crusells-Canales MJ, Armesto-Gomez FJ, Compaired-Turlan V, Rabanque-Hernandez MJ. Polypharmacy in older adults with human immunodeficiency virus infection compared with the general population. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1149-57.
- Bastida C, Grau A, Marquez M, Tuset M, De Lazzari E, Martinez E, et al. Polypharmacy and potential drug-drug interactions in an HIV-infected elderly population. *Farm Hosp*. 2017;41:618-24.
- Greene M, Steinman MA, McNicholl IR, Valcour V. Polypharmacy, drug-drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults with human immunodeficiency virus infection. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:447-53.
- Acquah R, Graham H, Winter A. Quantifying polypharmacy in a large HIV-infected cohort. *HIV Med*. 2015;16:583-4.
- Torres TS, Cardoso SW, Velasque LS, Veloso VG, Grinsztejn B. Incidence rate of modifying or discontinuing first combined antiretroviral therapy regimen due to toxicity during the first year of treatment stratified by age. *Braz J Infect Dis*. 2014;18:34-41.
- Zhou S, Martin K, Corbett A, Napravnik S, Eron J, Zhu Y, et al. Total daily pill burden in HIV-infected patients in the southern United States. *AIDS patient care and STDs*. 2014;28:311-7.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2014. (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7). Disponible en: https://http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf.
- Monge S, Alejos B, Dronda F, Del Romero J, Iribarren JA, Pulido F, et al. Inequalities in HIV disease management and progression in migrants from Latin America and sub-Saharan Africa living in Spain. *HIV Med*. 2013;14:273-83.
- Tsoukas C. Immunosenescence and aging in HIV. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014;9:398-404.
- Althoff KN, Jacobson LP, Cranston RD, Detels R, Phair JP, Li X, et al. Age, comorbidities, and AIDS predict a frailty phenotype in men who have sex with men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014;69:189-98.
- Piggott DA, Muzaale AD, Mehta SH, Brown TT, Patel KV, Leng SX, et al. Frailty, HIV infection, and mortality in an aging cohort of injection drug users. *PLoS One*. 2013;8:e54910.
- Jimenez Z, Sanchez-Conde M, Branas F. [HIV infection as a cause of accelerated aging and frailty]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53:105-10.
- Branas F, Jimenez Z, Sanchez-Conde M, Dronda F, Lopez-Bernaldo de Quiros JC, Perez-Elias MJ, et al. Frailty and physical function in older HIV-infected adults. *Age Ageing*. 2017;46:522-6.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 1. Análisis de situación

Atención sanitaria e impacto económico

Daniel Álvarez Cabo^{a,*}, Antonio Alemany^b, José Manuel Martínez Sesmero^c y Santiago Moreno Guillén^d

^aDirección General, Fundación de la Clínica Universitaria, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

^bGerencia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^cServicio de Farmacia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^dServicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

RESUMEN

Palabras clave:

Infección por VIH
Impacto económico
Atención integral
Costes
Diagnóstico tardío
Detección precoz
Envejecimiento

En este capítulo se revisa el modelo actual de atención a los pacientes con VIH y su impacto económico. Existen diferencias geográficas y clínicas en los cuidados que reciben los pacientes con VIH. Se detecta la necesidad de elaborar nuevos modelos de atención integral de la enfermedad por VIH.

La infección por VIH en España es un problema de salud pública relevante y costoso.

Los principales costes se deben al tratamiento antirretroviral, los costes indirectos y los costes de hospitalización, consultas y pruebas diagnósticas. Se pone de manifiesto una fuerte asociación entre gravedad y costes.

Los pacientes con diagnóstico tardío presentan peor evolución clínica y mayor mortalidad, y emplean más recursos médicos y terapéuticos.

La detección precoz de la enfermedad mejora considerablemente la evolución clínica de los pacientes.

El incremento de los pacientes en tratamiento y su envejecimiento progresivo aumentarán los costes de la atención al VIH en los próximos años.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Healthcare and economic impact

ABSTRACT

Keywords:

HIV infection
Economic impact
Comprehensive care
Costs
Late diagnosis
Early detection
Ageing

This chapter reviews the current model of HIV patient care and its economic impact. There are clinical and geographical differences in the care HIV patients receive and a need to develop new models of comprehensive HIV care has been identified.

HIV infection in Spain is an important and expensive public health problem. The main costs are due to antiretroviral therapy, indirect costs and the cost of admission, consultation and diagnostic testing. A strong correlation between severity and cost has been identified.

Patients diagnosed late have a poorer clinical course, increased mortality and require more medical and therapeutic resources.

Early detection of the disease significantly improves the clinical outcomes of patients.

The increased number of patients receiving treatment and their progressive ageing will increase costs of HIV healthcare in the coming years.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: daalcabo@gmail.com (D. Álvarez Cabo).

En este capítulo se revisa la situación actual de la atención sanitaria en España a los pacientes con infección por VIH y el impacto económico que tienen la infección y las acciones emprendidas para hacerle frente.

Utilización de recursos sanitarios

Desde la aparición de la epidemia de VIH hace ya 3 décadas, las características de los pacientes han cambiado y han surgido nuevas necesidades que exigen un abordaje diferente.

El acceso al tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TAR) en el Sistema Nacional de Salud ha transformado el VIH en una condición de tratamiento mayoritariamente ambulatorio y, como consecuencia, se ha observado una reducción de la necesidad de estos pacientes de ser atendidos en régimen de hospitalización.

La encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/sida en 2015 muestra cómo el 86,3% de los pacientes encuestados recibieron atención en los servicios ambulatorios de los hospitales (consulta externa y hospital de día), proporción que ha ido aumentando de manera importante desde el año 2000. En cambio, se observa un descenso en el porcentaje de pacientes hospitalizados¹ (fig. 1).

Además, hoy día las altas hospitalarias ya no se producen por las mismas causas que hace 10 años. Las altas de hospitalización en que el diagnóstico principal es la infección por VIH han disminuido el 43,1% desde el año 2000 hasta el año 2009. Esta misma tendencia se observó en las altas por enfermedades definitorias de sida. Sin embargo, las altas cuyo diagnóstico principal era alguna otra patología no asociada con el VIH aumentaron del 43,4% en el año 2000 al 62,5% en el 2009² (fig. 2).

Entre los diagnósticos no relacionados con la infección por VIH, las enfermedades respiratorias fueron las más frecuentes y aumentaron del 7,5% en 2000 al 13,1% en 2009. Este incremento también se observa en otros grandes grupos de patologías, como en las neoplasias no asociadas con el VIH, que aumentaron del 4,7 al 9,6%, así como en los diagnósticos de lipodistrofia, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades hematológicas².

El incremento de las comorbilidades no directamente relacionadas con el VIH hace que los profesionales no solo se centren en el tratamiento del VIH sino que también tengan que ocuparse de otros factores que pueden influir en la calidad de vida de los pacientes y deben coordinarse con otros especialistas que también siguen a estos pacientes.

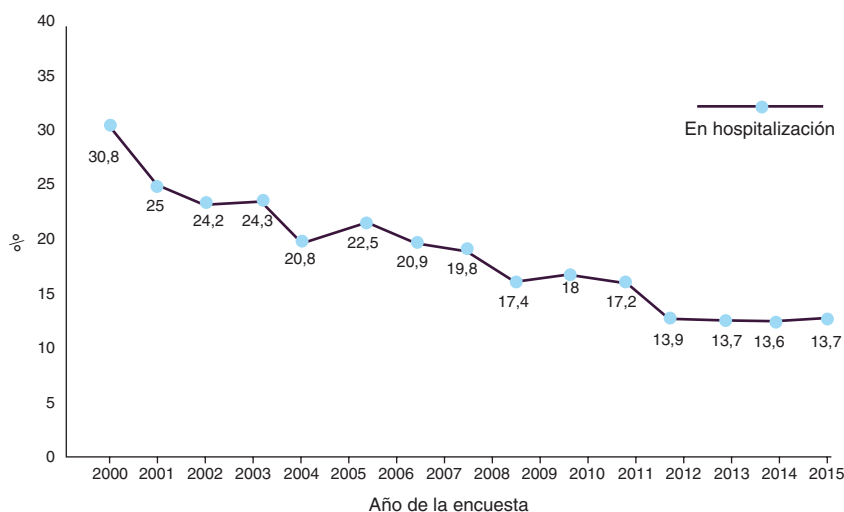


Figura 1. Evolución de la proporción de pacientes infectados por VIH en hospitalización. Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/sida, 2015.

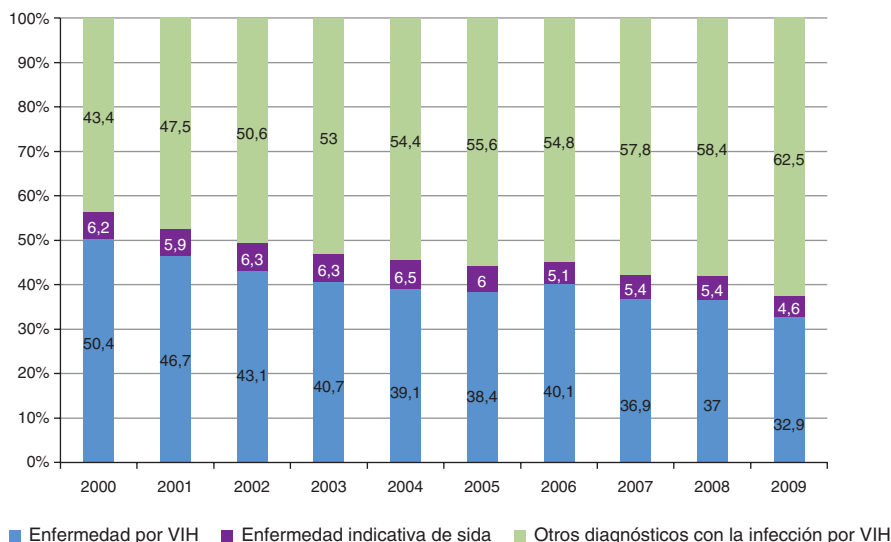


Figura 2. Distribución de las altas hospitalarias de pacientes con infección por VIH según el diagnóstico principal y el año, 2000-2009 (en %). Fuente: Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo, 2013.

Antes de la utilización generalizada del TAR, los principales esfuerzos se centraban en alargar la vida de los pacientes, mientras que en la actualidad se busca también y, sobre todo, mejorar su calidad de vida³. Esto implica nuevas necesidades de los pacientes que es necesario abordar.

Así pues, los pacientes con infección por VIH tendrán que recibir tratamientos farmacológicos de por vida, así como acudir a las consultas médicas de seguimiento de la enfermedad de forma periódica. Este seguimiento continuo de los pacientes es necesario para mejorar el cumplimiento terapéutico y anticiparse a la aparición de comorbilidades asociadas con el envejecimiento, pero las constantes visitas al hospital para realizar el seguimiento y la recogida de la medicación pueden dificultar la integración social y laboral, lo que afecta al ritmo de vida normal de la persona³.

Otro aspecto que debe considerarse son los problemas derivados de la interacción entre los antirretrovirales y otros medicamentos que pueden aumentar o disminuir la eficacia y los efectos tóxicos de unos y otros. La polimedición es más frecuente en personas con infección por VIH que en la población general⁴ y la mayor complejidad derivada de las potenciales interacciones entre fármacos puede ser una causa importante de los fallos en el cumplimiento^{5,6}.

Sin embargo, existen otras muchas causas que pueden influir en las faltas de cumplimiento del TAR:

- Incomprensión u olvido de las pautas y recomendaciones médicas y farmacéuticas⁷.
- Ocultamiento de la seropositividad para evitar una posible estigmatización y sus consecuencias, especialmente en contextos donde se suele ocultar el estado serológico, como en el lugar de trabajo, lo que puede afectar al seguimiento terapéutico⁷.
- Sensación de falta de control y autonomía, que suele aparecer muy particularmente en pacientes con largos tiempos en tratamiento, en relación con el cansancio de la medicación o *pill fatigue*⁷.
- Daño autoinfligido debido a estados psicológicos más complejos, que pueden provocar un sentimiento de culpa por padecer la patología, lo que conduce a una especie de autolesión que se manifiesta a través del abandono de la medicación⁷.
- Dificultades en la continuidad del tratamiento, especialmente en algunas poblaciones, como en inmigrantes y trabajadoras del sexo, quienes, debido a su mayor movilidad geográfica, pueden sufrir interrupciones en el acceso al TAR en otras comunidades autónomas⁸.

Como consecuencia de estos factores, entre el 20 y el 50% de quienes se hallan actualmente en tratamiento presentan un cumplimiento inadecuado de este. Un estudio de 2013 realizado en España indicaba un porcentaje de pacientes con infección por VIH no cumplidores de alrededor del 45%⁷.

A pesar de que probablemente la cifra actual de pacientes no cumplidores sea bastante menor, es necesario continuar mejorando el cumplimiento del TAR, ya que resulta fundamental para el control de la infección, la reducción de la morbilidad y la minimización del desarrollo de resistencias a la medicación, así como para mejorar la eficiencia de las intervenciones de salud pública.

Además de las dificultades de cumplimiento del TAR, los pacientes con infección por VIH presentan hoy día muchos problemas psicológicos, sociales y afectivos. Afrontar su infección crónica con todas sus connotaciones negativas relacionadas con el estigma y la discriminación les hace pasar por un proceso psicológico al cual deben enfrentarse a diario. Esto explica por qué la proporción de los trastornos psicológicos, como la depresión o la ansiedad, es mayor en enfermos crónicos con infección por VIH que en la población general. En este sentido, un estudio en 2010 estableció una prevalencia de depresión en pacientes con infección por VIH del 37%, de 2 a 3 veces mayor que en la población general, lo que se asociaba con una progresión más rápida de la enfermedad y con menor cumplimiento del TAR⁹.

Cronificación de la enfermedad por VIH y modelo de atención integral

En España, la atención sanitaria, el seguimiento de la infección por VIH y la dispensación del TAR se realizan en hospitales. La responsabilidad recae fundamentalmente en el médico especialista en VIH y hasta ahora gran parte de la atención se dedica al abordaje de las posibles complicaciones del tratamiento, al seguimiento de la carga viral o a la aparición de infecciones oportunistas.

Aunque el cuidado de estas personas en los hospitales públicos es excelente, la nueva situación crónica de los pacientes requiere un abordaje integral que permita tratar la infección del VIH, así como la aparición de comorbilidades y otras necesidades relacionadas con la enfermedad por medio de un enfoque multidisciplinario con mayor coordinación entre los profesionales sanitarios, sociales y comunitarios.

El tratamiento del paciente con VIH requiere un equipo multidisciplinario con diversos especialistas médicos, así como profesionales de atención primaria, enfermería y trabajo social, que trabajen de manera coordinada y compartan objetivos a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Si bien no existen dudas acerca de la necesidad de formar un equipo multidisciplinario, todavía es necesario estudiar cuál es el nivel sanitario más rentable (atención primaria u hospitalaria) para atender a estos pacientes y quién debería ejercer como eje del equipo (fig. 3).

La atención al paciente con VIH en situación de cronicidad es un concepto más amplio que el de la atención al VIH como enfermedad crónica aislada y excede los límites tradicionales de la atención centrada en una única patología.

Es necesario asegurar un modelo asistencial que permita el abordaje integral del paciente en cada una de las fases del proceso de atención, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y favorecer mayor nivel de autonomía funcional y social, e integrar en dicho modelo nuevas herramientas de gestión que hoy día hacen posible un mejor abordaje conjunto de este tipo de pacientes.

Es preciso redefinir los procesos para lograr una práctica asistencial equitativa que facilite la captación de pacientes y su priorización de acuerdo con un índice de complejidad o estratificación del riesgo que incluya distintos factores relacionados con la enfermedad, como la historia clínica, las comorbilidades, el estado funcional o las características socioeconómicas de los pacientes. La utilización de la estratificación permitiría una gestión poblacional de cohortes enteras de pacientes dentro de un programa integral, que ayudaría a establecer prioridades y definir tipos de intervenciones distintas adaptadas al nivel de complejidad y a las necesidades de cada colectivo.

Además, la coordinación, comunicación e integración entre los distintos profesionales sanitarios encargados del seguimiento de pacientes son esenciales y es necesario potenciar el despliegue de herramientas que faciliten esta integración, como la historia clínica electrónica compartida.

Hasta ahora no se está explotando suficientemente el potencial de la tecnología, que puede ser una herramienta útil para mejorar la integración social y laboral del paciente, a través de distintas aplicaciones que le apoyen en el cumplimiento terapéutico o en el seguimiento de su condición, entre muchas otras³. El uso de las nuevas tecnologías, la teleasistencia o la incorporación de aplicaciones móviles que permitan la telemonitorización presenta, por tanto, un amplio recorrido de mejora en el abordaje de los pacientes con VIH.

Existen programas de empoderamiento de pacientes como el «Paciente Experto VIH 2.0», dirigidos a potenciar la implicación de los pacientes en el cuidado de su salud que, sin embargo, tampoco están suficientemente desplegados¹⁰. Es preciso reforzar el rol de la enfermería, ya que una investigación reciente muestra la viabilidad y rentabilidad de una estrategia de autocuidado para la mejora del cumplimiento llevada a cabo por el personal de enfermería¹¹.

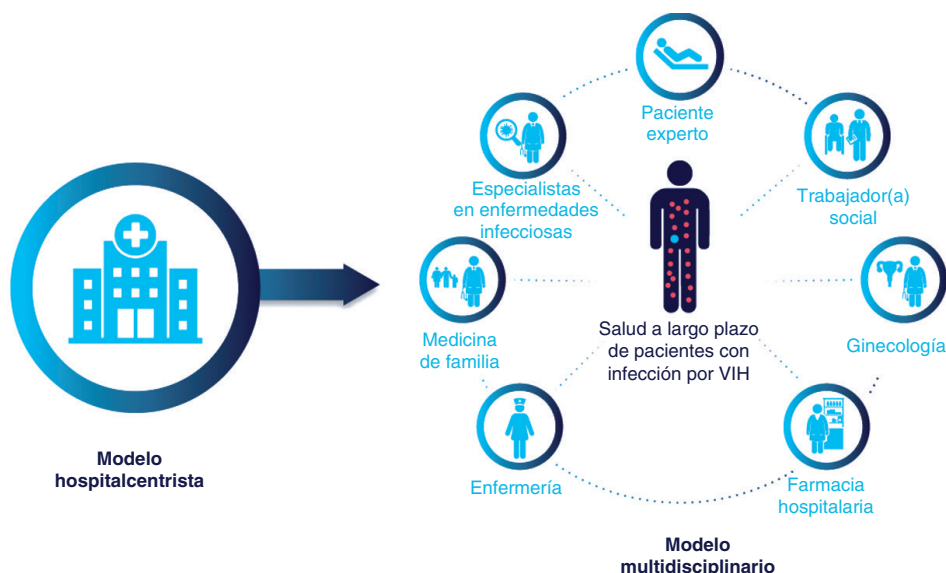


Figura 3. Atención centrada en el paciente. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.^a ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018 y esta adaptada de Kitahata, 2002¹².

En definitiva, existen distintas herramientas o instrumentos de gestión que facilitan la integración de cuidados para ofrecer una mejor atención a los pacientes crónicos, pero su uso y despliegue son muy diferentes en España, lo que provoca una importante variabilidad clínica y organizativa en el abordaje de los pacientes (fig. 4).

El actual modelo de provisión sociosanitario fragmentado dificulta el correcto abordaje del paciente con infección por VIH e impide dar una respuesta óptima a sus necesidades.

Este modelo se caracteriza por la resolución de episodios agudos, pero tiene poca capacidad de anticiparse a las complicaciones, que en su mayoría derivan de procesos crónicos. Esta configuración del modelo de atención en torno a diferentes estructuras sanitarias y sociales tiene repercusiones negativas en la evolución clínica del paciente crónico y, por tanto, en los resultados en salud.

Es necesario evolucionar del actual modelo de atención fragmentado y basado en estructuras a una atención integrada basada en «sistemas», que permita mejorar los resultados en salud mediante la integración de los procesos de cuidados a lo largo del proceso de atención. Se trata de dar coherencia y buscar sinergias entre los dife-

rentes niveles del sistema sanitario para lograr que los cuidados estén más coordinados y sean más eficientes y de mayor calidad.

Aunque este es uno de los cambios estructurales que muchos defienden para hacer más eficiente y sostenible el Sistema Nacional de Salud, hasta el momento pocos lo han acometido y los modelos organizativos que integran las diferentes estructuras sanitarias no consiguen ganar terreno a la organización tradicional por estructuras.

En este sentido, la investigación en servicios de salud y la innovación organizativa es un área que debe explorarse con el fin de encontrar modelos de atención más eficientes y de mayor calidad para los pacientes con infección por VIH¹².

Estructura de los costes asociados con la infección por VIH

El aumento de la supervivencia de los pacientes gracias a los nuevos tratamientos ha provocado que la estructura de los costes de la atención médica del VIH haya cambiado mucho en los últimos años. Ha aumentado el peso del tratamiento farmacéutico hasta convertirse en el principal componente y ha disminuido la importancia de los



Figura 4. Instrumentos de gestión. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.^a ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018.

costes de atención hospitalaria¹³. A modo de ejemplo, el tratamiento antirretroviral puede representar hasta el 77% del coste total de la asistencia sanitaria en pacientes asintomáticos¹⁴.

Si bien el TAR es el principal componente del gasto sanitario de la inversión en VIH, la utilización de los servicios sanitarios, tanto ambulatorios como especializados, los tratamientos no relacionados con el VIH o los costes indirectos de la enfermedad también influyen de manera considerable en el gasto total por paciente (fig. 5).

Un estudio realizado en el año 2014 estimó que en España el coste de la atención médica (costes directos) por paciente al año es de 11.638 €, por lo que es más bajo que en otros países, como Alemania (32.110 €), Reino Unido (25.340 €) o Francia (14.821 €), y mayor que en Italia (6.399 €). Los fármacos, sobre todo los medicamentos antirretrovirales, son el componente principal de los costes de la atención médica, seguidos por los costes de hospitalización, los costes de las consultas ambulatorias y de atención primaria, y los costes de las pruebas diagnósticas¹⁵.

En relación con los costes indirectos (pérdida de productividad, absentismo, presentismo, etc.), las investigaciones realizadas en España, Italia y Reino Unido han revelado que son inferiores a los directos relacionados con la atención sanitaria, pero todavía representan sumas considerables con un peso importante sobre los costes totales¹⁵. En un estudio español en que se estimaron los costes indirectos, estos llegaban a representar desde el 32,1% de los costes en individuos asintomáticos hasta el 41,3% de los costes en los pacientes sintomáticos¹³.

Es importante resaltar que la mayoría de las personas con infección por VIH en España están en edad de trabajar y muchos se han visto forzados a abandonar el mercado laboral debido a su enfermedad. Sin embargo, los efectos de los tratamientos antirretrovirales sobre la supervivencia y morbilidad de los pacientes han aumentado las posibilidades de que las personas participen en el mercado de trabajo, lo que en última instancia reducirá los costes indirectos asociados con la enfermedad.

Gasto farmacéutico (TAR)

Aunque las evaluaciones económicas del TAR han revelado que es un tratamiento rentable en comparación con los tratamientos ante-

riores, su introducción ha supuesto un aumento de los costes totales del tratamiento. Realmente, el coste anual de cada tratamiento es menor, pero el aumento de la esperanza de vida hace que los pacientes sean tratados durante mucho más tiempo, con lo que aumentan notablemente los costes totales en relación con los tratamientos anteriores¹⁵.

La optimización del TAR, sus simplificaciones y el ajuste de los precios por parte de las empresas farmacéuticas han logrado, entre otros factores, que disminuya el gasto medio del TAR por paciente, que se sitúa en 7.446 € por paciente al año¹⁶.

El aumento de la supervivencia de los pacientes con VIH, un nivel relativamente alto y estable de nuevos diagnósticos, y las recomendaciones para un inicio más temprano del TAR han dado como resultado un aumento en el número de pacientes en tratamiento, pasando de 81.335 pacientes en 2009 a 98.011 en 2012^{16,17}.

Como resultado, el gasto farmacéutico del TAR en España ha crecido desde los 134 millones de euros en 1997 hasta los 700 millones de euros en 2010, lo que representó el 5,54% del gasto público farmacéutico en ese año. Dos años más tarde, en 2012, el gasto en TAR alcanzó los 729 millones de euros¹⁶⁻¹⁸.

La infección por VIH en España es, por tanto, un problema de salud pública importante y costoso si se tiene en cuenta el elevado porcentaje que implicó el TAR en el gasto farmacéutico total de 2010 a pesar de ser una enfermedad con menor prevalencia que otras patologías.

Efecto de la complejidad clínica en los costes

Los costes de la atención médica aumentan con la progresión de la enfermedad por VIH ya que existe una fuerte asociación entre su gravedad y los costes. En el citado estudio de 2014, los pacientes asintomáticos representan un coste de 8.547 €; los sintomáticos, 10.173 €, y este alcanza los 11.032 € en pacientes que han desarrollado sida¹⁵.

Otro estudio con datos del año 2003 muestra costes anuales de la atención de pacientes con VIH asintomáticos, sintomáticos y con sida de 10.351, 14.489 y 15.750 €, respectivamente. Al analizar la distribución de los costes de cada uno de estos grupos, los fármacos son el mayor contribuyente a los costes para todos los tipos de paciente, ya

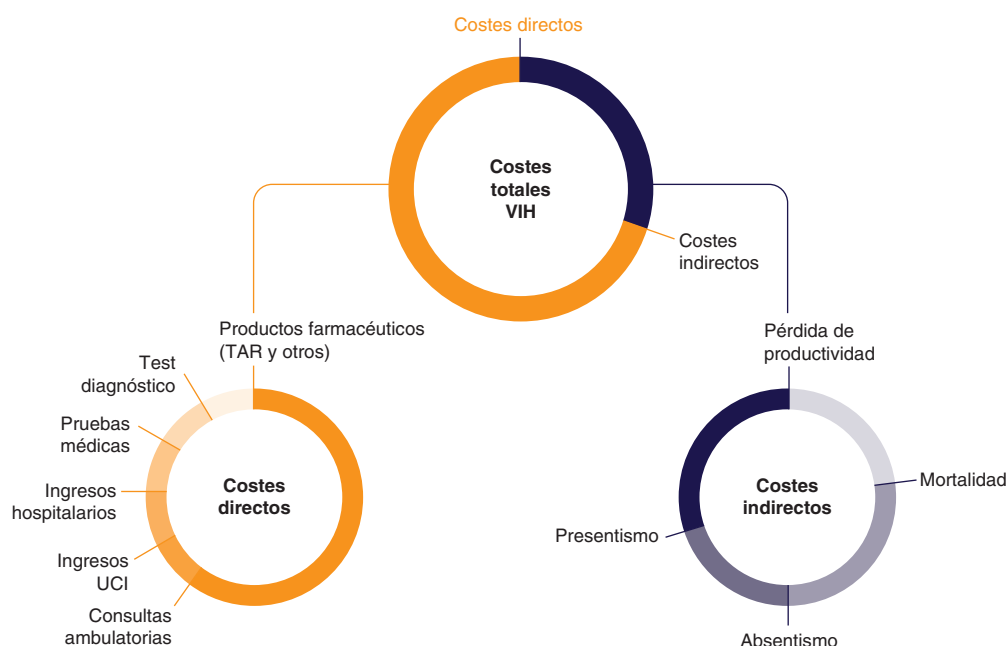


Figura 5. Estructura de los costes asociados con el VIH. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018.

sean asintomáticos, sintomáticos o hayan desarrollado sida. Las pruebas médicas fueron el segundo mayor concepto de gasto en los pacientes con VIH asintomáticos y sintomáticos, mientras que las hospitalizaciones fueron el segundo mayor para los pacientes con sida. Estos resultados confirman que el principal componente de los costes sanitarios en España son los fármacos, seguidos de los costes de atención hospitalaria¹³ (fig. 6).

El VIH representa un alto impacto económico y la complejidad clínica tiene mucha influencia en el coste total de la atención sanitaria. En este sentido, las variables de complejidad clínica más importantes son el diagnóstico tardío y la presencia de comorbilidades¹⁸.

Los pacientes con diagnóstico tardío presentan peor evolución clínica, mayor mortalidad y un empleo considerablemente mayor de recursos médicos y terapéuticos, y, por tanto, incurren en un mayor coste. El coste total por mes de seguimiento de un paciente con diagnóstico tardío representa 1.012 € más que el de un diagnóstico no tardío. Ello significa que el coste de un paciente con diagnóstico tardío es casi 5 veces mayor que el de un paciente con diagnóstico no tardío por cada mes de seguimiento; por tanto, en un año se produciría un ahorro de aproximadamente 11.000 € por cada paciente que no hubiera sido diagnosticado tardíamente¹⁹. Estos resultados son similares a otro estudio canadiense, en el que el exceso de coste anual atribuible al diagnóstico tardío fue 9.723 \$ y las mayores diferencias también se debieron al gasto hospitalario y al gasto en terapia antirretroviral¹⁴.

Respecto al coste medio de los ingresos hospitalarios, el estudio en España concluyó que el gasto hospitalario fue 17 veces mayor en los diagnósticos tardíos¹⁹ y la diferencia fue mayor que la que presentaba el estudio canadiense, en el que el coste hospitalario fue 15 veces mayor en los pacientes tardíos²⁰.

El gasto medio en un mes de seguimiento de un paciente con diagnóstico tardío en España casi llegó a triplicar el gasto de un paciente con diagnóstico no tardío¹⁹, algo más que en el estudio canadiense, donde los diagnósticos tardíos duplicaban el gasto en tratamiento antirretroviral²⁰.

Estos datos demuestran que el éxito en la evolución clínica de los pacientes depende, principalmente, de la detección precoz de la enfermedad, indispensable si se quieren obtener los beneficios que hacen del tratamiento una intervención rentable, tanto en términos de salud como económicos.

Además, las comorbilidades también incrementan la complejidad clínica de los pacientes y representan un importante coste económico

co para los países. El citado estudio de Italia muestra cómo los costes asociados a la atención de las comorbilidades no infecciosas contribuyen considerablemente al mayor coste de los pacientes con infección por VIH, que llegan, incluso, a demostrar que el proceso de envejecimiento prematuro produce un efecto de anticipación de más de 20 años en los costes. El efecto anticipado de 10 años observado en la prevalencia de comorbilidades tuvo como resultado un efecto paralelo anticipado de 20-30 años en el coste directo total de los pacientes con VIH, de modo que el coste directo total medio de los menores de 40 años no era estadísticamente diferente al coste total en controles mayores de 60 años²¹.

Puesto que la población con infección por VIH ha envejecido y continúa envejeciendo considerablemente, todo lo anterior es un problema emergente y es previsible un importante aumento en el coste total de la atención a la población infectada por VIH en los próximos años²¹.

Conclusiones

El cambio en la evolución natural del VIH requiere un abordaje distinto de los pacientes, los cuales precisan menos hospitalizaciones que hace 2 décadas.

Para hacer posible ese nuevo abordaje, existe todo un arsenal de herramientas de gestión y formas de actuar que no se está utilizando de manera generalizada, como pueden ser el abordaje de la infección por VIH en equipos multidisciplinarios, la gestión por procesos, el aprovechamiento del potencial de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) o los programas que potencien la implicación de los pacientes en el cuidado de su salud. Esto implica la existencia de variabilidad clínica y geográfica en los cuidados de las personas infectadas por VIH.

Hay que señalar que el modelo organizativo actual produce fragmentación asistencial y de cuidados, y no ayuda a mejorar la atención al paciente crónico con VIH porque los distintos centros de atención no funcionan de forma coordinada. Se detecta, por tanto, la necesidad de trabajar en la definición e implementación de nuevos modelos de atención y pasar de un modelo de provisión fragmentado a un modelo de provisión integrado basado en sistemas.

La infección por VIH en España es un problema de salud pública importante y costoso debido a los costes del tratamiento antirretroviral, a la utilización de los servicios sanitarios, a los tratamientos no relacionados con el VIH y a los costes indirectos de la infección.

El mayor número de pacientes en tratamiento ha provocado un incremento del gasto farmacéutico desde los 134 millones de euros en 1997 hasta los 729 millones de euros en 2012. Esto representa un peso importante en el gasto farmacéutico total a pesar de que la infección por VIH es una patología con menor prevalencia que otras. A pesar de ser un tratamiento rentable, el TAR aumenta notablemente los costes en relación con los tratamientos anteriores ya que ahora los pacientes han aumentado mucho su supervivencia gracias a los nuevos tratamientos.

Es imprescindible incidir en el diagnóstico precoz de la infección por VIH ya que los costes de la atención médica aumentan a medida que progresa la enfermedad de modo que en los pacientes con diagnóstico tardío es 5 veces mayor y se observa también que la aparición de comorbilidades se traduce en un gasto prematuro muy importante.

El estancamiento de la incidencia, el aumento del número de pacientes en tratamiento y el envejecimiento progresivo de la población con infección por VIH son problemas emergentes y, como consecuencia de ellos, es previsible que se produzca un importante aumento en los costes de la atención en los próximos años.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

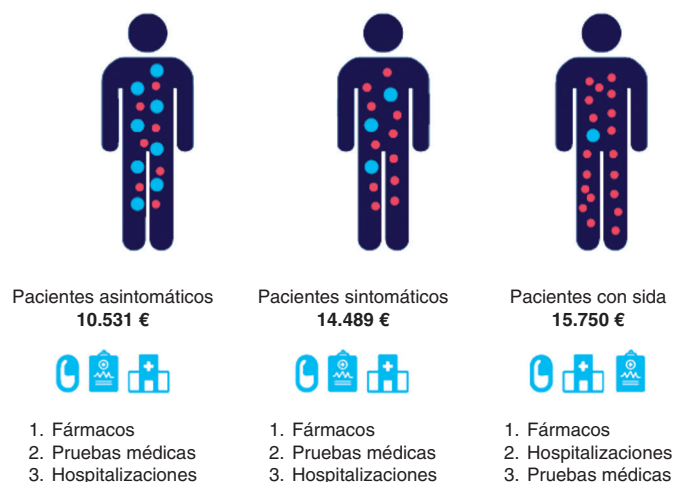


Figura 6. Los costes aumentan a medida que avanza la enfermedad. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018. Fuente: Trapero-Bertran M et al, 2014¹⁵.

Conflicto de intereses

Los autores Antonio Alemany, José Manuel Martínez y Daniel Álvarez declaran que no tienen conflictos de intereses potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

El autor Santiago Moreno ha recibido apoyo para la investigación y ha participado como ponente en actividades organizadas por Abbvie, Boehringer & Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Gilead, Glaxo Smith Kline, Janssen Cilag, Merck Sharp & Dohme, Pfizer, Roche y ViiV Healthcare.

Bibliografía

- Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2015. Análisis de la evolución 2000-2015. Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida-S.G. de Promoción de la salud y Epidemiología. Madrid; 2016. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/pdf_sida/Informe_Encuesta_hospitalaria_2015_def.pdf.
- Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Morbimortalidad hospitalaria en pacientes con VIH ingresados en los hospitales del SNS. Análisis del CMBD 2000-2009. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología-Plan Nacional sobre el Sida. Madrid; 2013. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/INFORME_CMBD_2000_2009_def.pdf.
- Blanch J, Cáceres C, Nomdedeu M, Rousaud A, Gómez EJ, García F. Telemedicina y VIH. Intervención en salud en la Red. UOC Papers. 2007;4. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/blanch.pdf>.
- Gimeno-Gracia M, Crusells-Canales MJ, Armesto-Gómez FJ, Compained-Turlán V, Rabanaque-Hernández MJ. Polypharmacy in older adults with human immunodeficiency virus infection compared with the general population. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1149-57.
- Cantudo-Cuenca MR, Jiménez-Galán R, Almeida-Gonzalez CV, Morillo-Verdugo R. Concurrent use of comedications reduces adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected patients. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014;20:844-50.
- Foy M, Sperati CJ, Lucas GM, Estrella MM. Drug interactions and antiretroviral drug monitoring. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2014;11:212-22.
- Santoro P, Conde F. Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2013;1:41-58.
- Alvárez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte AF, et al; aMASE. High levels of post-migration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*. 2017;31:1979-88.
- Wolff C, Alvarado R, Wolff M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: revisión de la literatura. *Rev Chil Infect*. 2010;27:65-74.
- Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés MA. Desarrollo de un programa de paciente experto 2.0 para pacientes VIH+. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2015;monográfico 1.
- De Bruin M, Oberjé EJM, Viechtbauer W, Nobel HE, Hilgsmann M, van Nieuwkoop C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of nurse-delivered intervention to improve adherence to treatment for HIV: A pragmatic, multicentre, open-label, randomised clinical trial. *Lancet Infect Dis*. 2017;17:595-604.
- Kitahata MM, Tegger MK, Wagner EH, Holmes KK. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. *BMJ*. 2002;325:954-7.
- Lopez-Bastida J, Oliva-Moreno J, Perestelo-Perez L, Serrano-Aguilar P. The economic costs and health-related quality of life of people with HIV/AIDS in the Canary Islands, Spain. *BMC Health Serv Res*. 2009;30:9-55.
- Grupo de trabajo de la Cohorte VACH. Impacto presupuestario del tratamiento antirretroviral. Reflexión desde las guías de GESIDA. *Gac Sanit*. 2012;26:541-6.
- Trapero-Bertran M, Oliva-Moreno J. Economic impact of HIV/AIDS: a systematic review in five European countries. *Health Econ Rev*. 2014;4:15.
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Informe de evaluación plan multisectorial de VIH/sida 2008-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Julio de 2013. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacion30Agosto2013.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf.
- Velasco C, Pérez I, Podzamczar D, Llibre JM, Domingo P, González-García J, et al. Prediction of higher cost of antiretroviral therapy (ART) according to clinical complexity. A validated clinical index. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34:149-58.
- Martínez Martínez-Colubi M. Presentadores tardíos de la infección por VIH en España. Consecuencias médicas e impacto económico. Universidad Complutense de Madrid; 2012. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/17306/>.
- Krentz HB, Auld MC, Gill MJ. The high cost of medical care for patients who present late (CD4 <200 cells/microl) with HIV infection. *HIV Med*. 2004;5:93-8.
- Guaraldi G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Bagni P, et al. (2013). Cost of noninfectious comorbidities in patients with HIV. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2013;23:481-8.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 1. Análisis de situación

Situación de la investigación sobre el VIH en España

José Alcamí^{a,*}, Antonio Alemany^b, Javier Doderó^c y Josep M. Llibre^d

^aUnidad de Inmunopatología del Sida, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España; Red Española de Investigación en Sida

^bGerencia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^cContinuidad Asistencial, Quirónsalud Hospitales Públicos, Madrid, España

^dUnidad VIH, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Fundación Lluita contra la SIDA, Badalona, Barcelona, España

RESUMEN

Palabras clave:

Investigación
Biomedicina
VIH
Presupuestos
Burocracia

Prevención, detección temprana, abordaje clínico, organización y gestión son elementos clave en los desafíos planteados por la infección por el VIH-1 en España. Sin embargo, existe otra categoría de intervención de carácter transversal que tiene gran importancia en la respuesta científica a la infección por VIH: la investigación.

En este artículo se analiza la evolución de la investigación sobre el VIH/sida en España, sus principales hitos históricos y las estructuras de investigación que han permitido su desarrollo. Estos datos se enmarcan en el contexto general de la situación de la I+D en España y el impacto que sobre el sistema de ciencia español han tenido la crisis económica y los recortes presupuestarios. Por último se analizan las perspectivas de futuro de la investigación en VIH/sida en el contexto global.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Current situation of HIV research in Spain

ABSTRACT

Keywords:

Research
Biomedicine
HIV
Budgets
Bureaucracy

Prevention, early detection, clinical follow-up, organisation and management are key elements in the challenges to be addressed in the field of HIV infection in Spain. In addition to these aspects, research represents a transversal element that is highly relevant for building up a comprehensive response against HIV infection.

The evolution of HIV/AIDS research in Spain, major milestones and the development of scientific structures are analysed. An economic description of HIV/AIDS research funding in the context of the whole Spanish R&D system is made. In particular, the impact of the economic crisis and budget restrictions and their consequences on medical research are considered. Finally, different perspectives on the future of HIV/AIDS research in the global scientific situation are discussed.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ppalcami@isciii.es (J. Alcamí).

Antecedentes: investigación sobre el VIH en España

Tres grandes hitos construyen el sistema modélico que representó la investigación sobre el VIH en España en el período 1997-2009: la creación del Grupo de Estudio de Sida de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (GeSIDA), la labor de la Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España (FIPSE) y la formación de la Red de Investigación en Sida (RIS). GeSIDA fue creado en 1997 y agrupó a todos los entonces jóvenes adjuntos responsables de las unidades de seguimiento de los pacientes con infección por VIH. GeSIDA nació con una gran energía y gracias al apoyo de la industria farmacéutica inició pronto ensayos clínicos propios. En 2007 se constituyó la fundación SEIMC-GeSIDA, que facilitó una estructura ágil, capaz de gestionar proyectos de gran ambición. Los estudios GeSIDA han sido publicados en las revistas de mayor prestigio y son una marca de nuestro país en la investigación sobre el VIH.

En 1999 se creó la FIPSE, dependiente de la Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida. Esta fundación se constituyó a instancias del Ministerio de Sanidad y Consumo, y contó con el apoyo financiero directo de la industria farmacéutica, que fueron, desde el primer momento, sus patronos. Con un presupuesto anual de 3 millones de euros, FIPSE fue la primera agencia financiadora de la investigación sobre el sida en nuestro país y cubrió un espacio especialmente importante: la contratación de jóvenes investigadores pre- y posdoctorales, para los cuales el sistema de ciencia y tecnología español ofrecía una financiación muy deficiente.

En 2003, el Fondo de Investigaciones Sanitarias apuesta por crear una nueva estructura de investigación: las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa (RETIC) con el objetivo de potenciar la colaboración científica en distintas áreas de investigación biomédica. En un tiempo récord se constituye la RIS, que agrupa prácticamente a todos los grupos de investigación sobre el VIH del país. La RIS ha sido, desde su creación, la mejor evaluada de todas las redes por comités científicos nacionales e internacionales. La red de sida es, hoy día, una referencia a nivel internacional y tiene una presencia creciente en los grandes consorcios de investigación global, que corre paralela a la excelencia de la investigación que realizan sus grupos.

Financiación de la investigación en España y crisis económica

Todos los expertos coinciden en que el nivel económico de un país está en relación directa con su inversión en I+D y que, en situaciones de crisis, son fondos que no hay que reducir porque preparan la recuperación económica. Sin embargo, la crisis económica que ha sacudido extraordinariamente nuestro país ha generado una política

de recortes en los presupuestos públicos que se ha ensañado especialmente con las partidas dedicadas a la ciencia y la innovación.

Estos recortes en investigación se iniciaron con el gobierno del Partido Socialista Obrero Español a partir de 2010 y han continuado con los gobiernos del Partido Popular.

El presupuesto inicialmente destinado a I+D alcanzó su cota máxima en 2009 cuando «rozó» los 10.000 M€ y ha sufrido una reducción progresiva hasta los 6.500 M€ en el presupuesto de 2016, una caída del 35% (fig. 1)^{1,2}. La financiación de la I+D se encuentra en 2017 al nivel de 2005.

La caída real es aún mayor ya que el 60% del presupuesto de I+D corresponde a partidas «financieras» [caps. VIII y IX en los Presupuestos Generales del Estado (PGE)]^{3,4}, créditos que deben devolverse a los que pueden optar empresas, pero no organismos públicos de investigación ni investigadores. Debido a la baja solvencia de las empresas, la ejecución de estos créditos durante la crisis disminuye de manera drástica. Se convierte así en una partida que no se utiliza, pero «engorda» el presupuesto inicial de I+D. En 2016, el porcentaje de ejecución real de esta partida fue inferior al 30%. Basándose en el gasto ejecutado (subvenciones + créditos), la inversión pública en I+D ha caído el 60% entre 2009 y 2016, de 8.476 a 3.182 M€^{1,4}.

Se recomienda que, una vez que se produzca la recuperación económica, el incremento porcentual de la inversión en I+D vaya 3 puntos por encima de las tasas de crecimiento de un país para consolidar la recuperación en las áreas más competitivas. En España, el crecimiento económico en los dos últimos años se ha situado en el 3% y, sin embargo, la inversión en I+D no solo no ha aumentado sino que ha disminuido en algunas partidas⁵.

¿Cuáles son las consecuencias de esta disminución progresiva de la financiación en ciencia? Probablemente hemos alcanzado o estamos a punto de alcanzar un punto de no retorno. El sistema español de ciencia y tecnología pelagra debido a los recortes presupuestarios que, además de su impacto directo en el desarrollo de proyectos específicos, han producido un deterioro estructural y, sobre todo, una pérdida de capital humano más difícil de medir, pero excepcionalmente grave. Se estima que desde 2010 el sistema de I+D español ha perdido el 9% de su personal, en torno a 12.000 investigadores^{5,7}.

España, una excepción europea en I+D

En España, el recorte en I+D ha sido muy superior al de otros países de la Unión Europea (UE), que en general han aumentado sus presupuestos (tabla 1). Como consecuencia de estos recortes, en el año 2017 la inversión en I+D en España representa el 1,19%, del producto interior bruto (PIB), muy lejos del 2% comprometido para 2020 y del 2,03% de media de los países de la UE^{6,7}. La inversión en

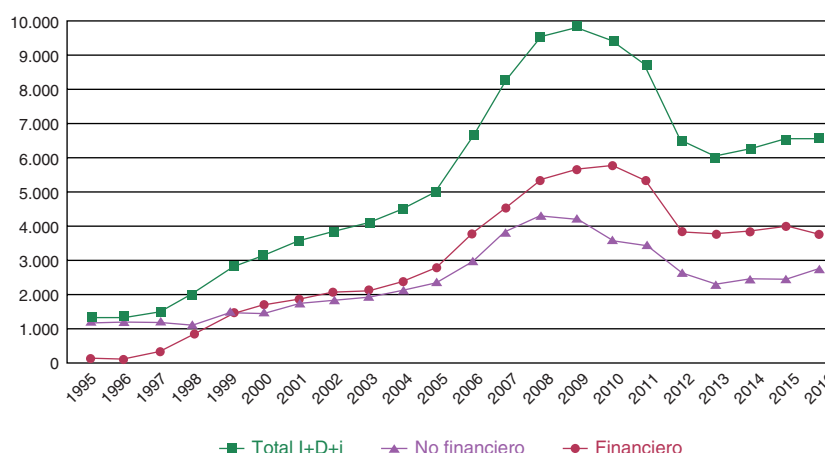


Figura 1. Evolución de los recursos totales de I+D y de sus componentes no financieros (subvenciones) y financieros (créditos que deben devolverse) en millones de euros. Fuente: Fundación Alternativas, 2017¹.

Tabla 1
Evolución de los presupuestos de I+D en el período 2009-2013

País	Variación (%)
Estonia	81,59
Turquía	53,07
Corea	34,95
Israel	32,89
Polonia	32,66
Eslovaquia	29,13
Noruega	28,71
Austria	27,28
Suiza	26,80
Dinamarca	19,15
Islandia	19,07
Alemania	18,41
Hungría	17,63
Suecia	16,29
República Checa	15,78
Japón	2,45
Reino Unido	1,83
Holanda	1,51
Finlandia	1,41
EUC 29	0,16
OCDE total	-1,50
Grecia	-3,12
Portugal	-7,22
Italia	-13,64
Francia	-15,39
Irlanda	-18,46
España	-34,69

I+D por habitante en España es la mitad que la media de los países de la UE⁵.

Aunque las cifras macroeconómicas muestran la salida de la crisis, España continúa sin recuperar los niveles de inversión en I+D previos a esta. Dicha inversión está todavía el 9,1% por debajo de la alcanzada en 2009, mientras que la media de la UE se sitúa el 27% por encima (fig. 2)^{2,6}. La práctica totalidad de los países europeos (25 de 28) han recuperado y superado los niveles de I+D de 2009⁵. Estos datos muestran que dichos gobiernos han considerado la I+D una inversión y una apuesta económica para salir reforzados de la crisis económica y financiera, mientras que en España se ha tratado como un gasto más que debía recortarse.

Sin embargo, quizás el dato más preocupante es que nuestro diferencial en I+D respecto a los países de la UE se ha incrementado progresivamente desde 2009. La brecha con los países desarrollados de nuestro entorno en lo que respecta a las grandes cifras de la investigación se está abriendo de nuevo^{2,6}.

A esto se añade el hecho de que en los últimos 5 años la investigación en biomedicina ha experimentado un cambio de paradigma con

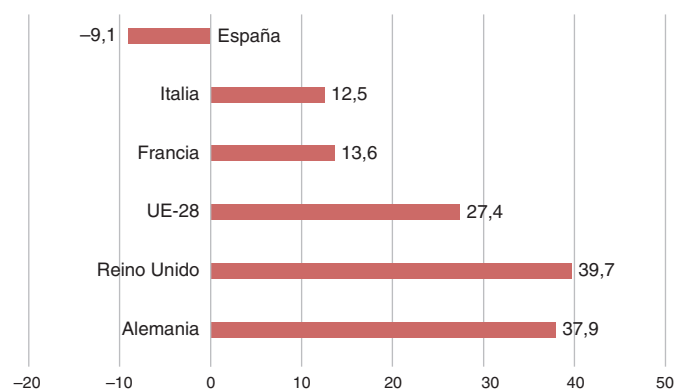


Figura 2. Variación del gasto total en I+D en el período 2009-2016, en porcentaje. Fuente: Informe COTEC, 2018. Elaboración propia.

la introducción de las «ómicas» y la biología de sistemas. El tren de la ciencia avanza cada vez más deprisa y si continuamos así, España no va a desempeñar un papel protagonista en este nuevo escenario. La proyección global de la investigación es, por tanto, «catastrófica» y, a menos que se tomen medidas urgentes y permanentes en la inversión y diseño estratégico de la ciencia en nuestro país, no podremos cerrar la brecha que se está abriendo con nuestros vecinos europeos.

Situación particular de la investigación biomédica y sobre la infección por VIH en España

Es difícil conseguir cifras globales y precisas sobre la investigación en biomedicina en España al depender de distintas agencias, ministerios y administraciones. Globalmente, entre el 12 y el 15% de los fondos de I+D están destinados a la investigación biomédica y esta proporción es constante en los últimos años, lo que sugiere que el recorte presupuestario en biomedicina es paralelo al general.

Sin embargo, el análisis de los datos del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), principal agencia financiadora de la investigación biomédica, puede ser un buen indicador⁸. Como se observa en la figura 3, desde su pico máximo en 2009 el presupuesto global del ISCIII ha disminuido el 24% (Programa 465A de los PGE). En 2017, el presupuesto general del ISCIII disminuyó 2 M€, pero más relevante es el hecho de que la partida de la Acción Estratégica de Salud, que financia proyectos y personal investigador, ha pasado de 128 M€ en 2017 a 115 M€ en 2018, lo que representa una caída del 10%.

Respecto a la inversión en investigación sobre el VIH, además de verse afectada por el recorte generalizado en investigación, la desaparición de FIPSE tuvo un impacto colosal. Debido a la falta de apoyo político y a las reticencias de la industria farmacéutica, FIPSE –la mayor agencia financiadora de la investigación en infección por VIH en España durante una década– desaparece. Asimismo, a nivel global las iniciativas españolas en otros países y la contribución de España al fondo mundial, al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) o la cooperación en países en desarrollo también han disminuido notablemente.

Un buen ejemplo de esta reducción en la investigación sobre el VIH/sida está determinado por la evolución presupuestaria de la RIS, que ha disminuido su presupuesto anual de 2,2 M€ en el período 2004-2007 a 1,4 M€ en el período 2016-2020, es decir, una reducción del 37%.

Futuro de la investigación sobre el VIH/sida

En España, la investigación en VIH ha sido la «locomotora científica» del país y un ejemplo de investigación multidisciplinaria modélica. Ha tenido un impacto directo en avances en investigación en microbiología, inmunología, oncología, genética y hepatitis B/C. Sin duda, la investigación sobre el VIH/sida es una experiencia de éxito y

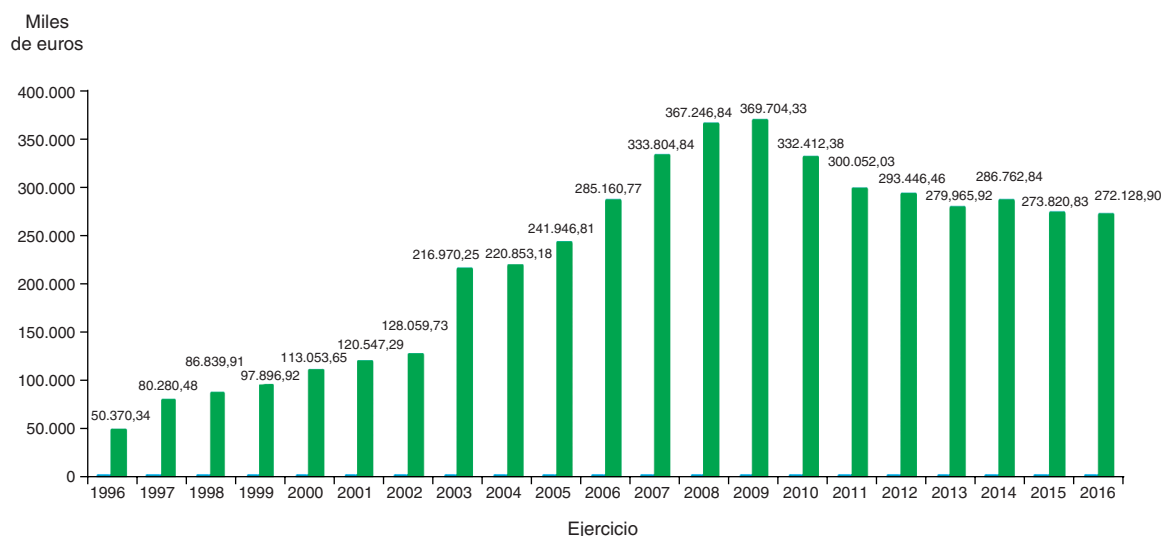


Figura 3. Evolución del presupuesto del Instituto de Salud Carlos III. Fuente: Memoria del Instituto de Salud Carlos III, 2016.

un modelo para muchas otras disciplinas. Sin embargo, no podemos considerar la infección por VIH como un problema resuelto. A pesar del progreso realizado, el número de nuevas infecciones en España se mantiene estable desde hace una década y la infección por VIH sigue sin ser una enfermedad curable y para la cual no se dispone de una vacuna preventiva eficaz. Estos son los grandes desafíos que tenemos planteados como investigadores que se resumen en un único objetivo: acabar con esta epidemia.

España dispone de buenas estructuras científicas, redes de colaboración y cohortes que nos pueden permitir conocer qué pasa con el envejecimiento de los pacientes, su evolución con los nuevos tratamientos y las tasas de comorbilidad.

Entre las estructuras u organismos para la investigación en VIH en España, destacan la Red Española de Investigación en sida (RETIC-RIS) y GeSIDA. Estas estructuras han potenciado la colaboración de los grupos más importantes del país y han creado plataformas de cohortes, laboratorios centralizados y grandes bases de datos imprescindibles para llevar a cabo proyectos de investigación traslacional.

La principal red de investigación coordinada en torno al VIH es la RETIC-RIS, que incluye grupos de investigación de toda España, entre los cuales se encuentran grupos con experiencia en investigación consolidada y otros que están emergiendo. Como base de la investigación de la RETIC-RIS, desde el año 2004 se ha creado la cohorte CoRIS de personas con VIH sin tratamiento previo asociada con muestras biológicas (biobanco) procedentes de 43 centros españoles y que, al igual que el resto de cohortes existentes en España, trata de mejorar los resultados del sistema sanitario español a través de la investigación en servicios de salud.

En total, España cuenta con 4 cohortes de pacientes infectados por VIH y sida (CoRIS, CoRISPe, PISCIS y VACH), todas ellas coordinadas con otras cohortes a nivel europeo. Todas estas cohortes constituyen una base muy potente para desarrollar nuevas líneas de investigación que permitan generar conocimiento en torno a distintas temáticas.

Sin embargo, la investigación en red que se ha creado en el campo del VIH y que es modélica está viendo reducida su financiación de manera progresiva. Esta reducción tendrá un impacto muy negativo en la respuesta a la enfermedad ya que golpeará de manera directa la investigación colaborativa en el campo del VIH.

En España, también contamos con grandes profesionales y unidades especializadas en el tratamiento y seguimiento de los pacientes que realizan en paralelo una investigación clínica de primer nivel. Además, algunos grupos han incorporado equipos de investigación básica que establecen una sinergia con la investigación clínica y de esta forma se potencia la investigación traslacional.

A pesar de estas fortalezas, la investigación en VIH en España perderá relevancia a corto plazo si la situación de desmantelamiento de la ciencia se mantiene. Es posible que hayamos llegado a un nivel de deterioro irreversible, sobre todo debido a la pérdida de talento, algo que no se soluciona de la noche a la mañana.

Los avances en la investigación en VIH también tienen un importante impacto en otras áreas. A modo de ejemplo, la regulación y función del sistema inmunitario, los mecanismos de inflamación, los avances en terapia génica, la hematología, los estudios sobre senescencia celular y otras enfermedades víricas se han beneficiado de los resultados alcanzados en la investigación sobre el VIH.

En este contexto de multidisciplinariedad, la investigación en VIH/sida debe reposicionarse y definir alianzas con otros campos de la biomedicina, como la salud pública, la lucha frente a otras infecciones emergentes, el desarrollo de la nueva genética y el análisis de *big data*. Además de estas áreas, aspectos aparentemente lejanos, como el cáncer o el envejecimiento, representan nuevas avenidas, a través de las cuales la investigación sobre el VIH se desarrollará en los próximos años.

Conclusiones

Los recientes avances en la investigación en VIH han confirmado la promesa de nuevas opciones para ayudar a poner fin a la epidemia de VIH y muestran la necesidad urgente de preservar y financiar una investigación estable para desarrollar nuevas opciones de prevención y tratamiento. La recuperación económica no ha llegado a la ciencia en este campo, que continúa disminuyendo su peso respecto al PIB y en los PGE a pesar del crecimiento de la economía. La financiación real de la I+D en España se encuentran actualmente al nivel del año 2005. España es la excepción europea en inversión en I+D. Es la única gran economía que no ha recuperado los niveles previos a la crisis. Mientras que en 2016 los países de la UE han incrementado su gasto en I+D el 27,4% respecto a 2009, en España ha disminuido el 9,1%. La investigación en VIH en España se ha visto afectada por los recortes en investigación y estos recortes afectan muy negativamente a la estabilidad y continuidad de la investigación en VIH. Los grupos de investigación en VIH existentes y el trabajo realizado en estos últimos años podrían ver frenado su avance de manera notable y la investigación colaborativa que se ha desarrollado de manera modélica en España se verá especialmente amenazada. Si no se produce un cambio rápido en la política de recortes y gestión de la I+D, España tendrá un papel cada vez menos relevante en la investigación del VIH a nivel europeo y mundial. Por tanto, el grupo multidiscipli-

ciplinario de esta monografía recomienda la adopción de medidas urgentes y permanentes en la inversión y en el diseño estratégico de la investigación en VIH en España.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

El autor José Alcamí es asesor de ViiV Healthcare, Pfizer y Gilead. Asimismo, ha recibido financiación para proyectos de investigación de Bristol-Myers-Squib, Glaxo-Smith-Klein, Gilead, Abbott Pharmaceutical y Pfizer.

El autor Josep M. Llibre ha realizado actividades educativas o asesorías, o ha recibido becas de investigación de ViiV Healthcare, Gilead Sciences, Merck Sharp & Dohme, Janssen-Cilag y Abbvie.

Los autores Antonio Alemany y Javier Dodero declaran que no tienen conflictos de intereses potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

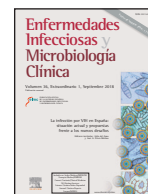
Bibliografía

1. Fundación Alternativas. Informe sobre la Ciencia y la Tecnología en España. 2017. Disponible en: <http://www.fundacionalalternativas.org/las-publicaciones/informes/informe-sobre-la-ciencia-y-la-tecnologia-en-espana>.
2. Fundación Cotec para la Innovación. Informe Cotec, 2017. Disponible en: http://cotec.es/media/INFORME-COTEC-2017_versionweb.pdf.
3. Presupuestos Generales del Estado 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2017-7387>.
4. De Nó J, Molero J. Análisis de los recursos destinados a I+D+i (Política de Gasto 46) contenidos en los Presupuestos Generales del Estado aprobados para el año 2016. Asociación Instituto de Estudios de la Innovación. Confederación de Sociedades Científicas de España. Enero de 2016. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/129052/1/InformeCOSCEPGE2016Aprobados.pdf>.
5. Fundación Española de Ciencia y Tecnología. Indicadores del sistema español de ciencia, tecnología e innovación 2017. Disponible en: https://icono.fecyt.es/sites/default/files/filepublicaciones/libro_indicadores_2017.pdf.
6. Eurostat Database. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/science-technology-innovation>.
7. Fernández-Zubieta A, Ramos-Vielba I, Zacharewicz T. Observatorio de Investigación e Innovación de la UE. RIO Country Report 2016. Spain. Disponible en: <https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/eur-scientific-and-technical-research-reports/rio-country-report-2016-spain>.
8. Memoria 2016. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=17/04/2018-1a3050c113>.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 2. Propuestas de presente y futuro

Prevención primaria

Antonio Antela^{a,*}, Amaya Azcoaga^b, Eugenia Sampedro^c y Toni Poveda^d

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, La Coruña, España

^bCentro de Salud Los Pintores, Servicio Madrileño de Salud, Parla, Madrid

^cInclusión Social, Médicos do Mundo Galicia, Galicia, España

^dCoordinadora Estatal de VIH y Sida (CESIDA), Madrid, España

Palabras clave:

VIH
Prevención
Estrategias
Diagnóstico precoz
Tratamiento como prevención
Profilaxis preexposición

RESUMEN

La infección por VIH no está controlada en España. Se requieren nuevas estrategias para prevenir la transmisión, especialmente en los colectivos en que tiene mayor incidencia, mediante intervenciones combinadas. El diagnóstico precoz de la infección y el inicio de tratamiento es la estrategia más eficiente, que deben estar acompañados por intervenciones que promuevan cambios de conductas. Este tipo de campañas no solo se deben dirigir a la población general, sino que también es necesario llegar a grupos poblacionales clave de forma más específica. Las intervenciones biomédicas, como la profilaxis preexposición, utilizan una combinación de medios para reducir el riesgo de adquirir el VIH y suelen estar acompañadas por intervenciones conductuales. La influencia de factores estructurales y de justicia social, y la defensa de los derechos de las personas con VIH tienen importantes repercusiones en las estrategias de prevención. Las intervenciones estructurales tratan de incidir en estos factores y reducir la vulnerabilidad a la infección por VIH.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Primary prevention

ABSTRACT

HIV infection is still not controlled in Spain. New HIV infection prevention strategies are required, especially in populations of higher incidence, by means of combined interventions. Early diagnosis and treatment of HIV-infected individuals is the most cost-effective strategy to control the epidemic, including interventions designed to motivate behavioural changes. These types of campaigns must not only be directed to the general population through mass channels, but also to key populations through more specific channels and messages. Biomedical interventions like pre-exposure prophylaxis, uses a combination of biomedical tools to reduce the risk of HIV acquisition, and are usually accompanied of behavioural interventions. The influence of structural factors, social justice and defending the rights of people living with HIV have a significant impact on prevention strategies. Structural interventions are designed to influence these factors that make some individuals or populations more vulnerable to HIV infection.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Keywords:

HIV
Prevention
Strategies
Early diagnosis
Treatment as prevention
Pre-exposure prophylaxis

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonioantela@mundo-r.com (A. Antela).

Introducción

La incidencia de la infección por VIH en España se ha estabilizado desde el año 2000 y cada año se continúan produciendo más de 3.000 nuevos diagnósticos¹. Esto ocurre a pesar de los avances realizados en el control de la infección durante la década de los noventa del siglo pasado. La tasa de infección oculta y la proporción de diagnósticos tardíos continúan siendo muy elevadas y la infección por VIH continúa sin estar controlada en España².

Es evidente que las medidas preventivas puestas en marcha durante décadas no han tenido el efecto esperado en el control de la infección, por lo que se requieren nuevas estrategias para prevenir la transmisión del VIH, especialmente en los colectivos en que tiene mayor incidencia.

No existe ningún enfoque de prevención que tenga la capacidad de poner fin a la epidemia por sí solo. Es preciso combinar varias intervenciones para la prevención ya que diferentes entornos y grupos de población requerirán diferentes intervenciones combinadas. El mejor impacto de la prevención del VIH surge de ofrecer un paquete de intervenciones seleccionadas minuciosamente, adaptadas a la población y al entorno afectado por la epidemia³.

En definitiva, las respuestas de prevención del VIH se deben centrar en combinaciones de intervenciones con un alto impacto demostrado. La evidencia recomienda que las estrategias de prevención de la infección por VIH deben ser complejas y combinar acciones sobre el cambio de conductas, acciones biomédicas, acciones estructurales y acciones de tratamiento antirretroviral como medida de prevención ya que se ha constatado que intervenciones con modestos niveles de eficacia pueden incrementarla si se combinan con otras⁴.

Cada grupo poblacional clave requerirá una combinación de intervenciones diferentes y, por tanto, se debe trabajar en la implementación de estas intervenciones adaptadas a cada grupo, teniendo en cuenta el contexto local y evaluando los resultados.

Tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) como medida de prevención

Sin duda alguna, el diagnóstico de las personas infectadas por VIH y su tratamiento lo más precoz posible es la estrategia en la que más merece la pena invertir esfuerzos y recursos si se pretende controlar realmente la epidemia⁵⁻¹².

El tratamiento precoz no solo proporciona beneficios en la salud individual de la persona que lo recibe, sino que beneficia a la sociedad ya que las personas con supresión viral prolongada del VIH no pueden transmitir la infección a otras personas, incluso en el contexto de prácticas sexuales o de inyección de riesgo, o en el caso de la transmisión vertical.

Aparte de ello, el diagnóstico precoz y el tratamiento de otras ITS ayudan a reducir el riesgo de infección por VIH ya que el VIH altera el revestimiento de las superficies genitales y provoca una inflamación que hace que la probabilidad de transmisión del VIH aumente.

En España, todavía existe un 18% de personas infectadas y no diagnosticadas que pueden transmitir el VIH de manera no intencionada² y por esta razón la epidemia se mantiene a pesar de que la mayoría de las personas diagnosticadas están adecuadamente tratadas. La detección precoz de la enfermedad es, por tanto, fundamental para el control de la infección por VIH.

Estrategias de cambio de conductas

Las estrategias de cambio de conductas son intervenciones para motivar cambios de conductas en personas y comunidades mediante el uso de enfoques educativos y motivacionales. El objetivo final es ayudar al desarrollo de habilidades y conocimientos sobre cómo reducir el riesgo de adquirir la infección. Entre las estrategias de cambio de conductas destacan las siguientes¹³:

- *Consejo asistido.* Estas intervenciones educativas pueden realizarse en distintos entornos y por distintos agentes. A modo de ejemplo, educación individual en consultas médicas, formaciones grupales realizadas por personal de enfermería, servicio de pares de atención individualizada en hospitales, asesoramiento en redes sociales por cibereducadores, talleres en lugares más cercanos a la población diana o mediante la integración de la educación sexual en los currículos educativos.
- *Estrategias de reducción de daños.* Incluyen programas de intercambio de jeringuillas, tratamiento sustitutivo de opiáceos, etc. Estas estrategias suelen estar acompañadas por intervenciones de consejo asistido para reducir los comportamientos de riesgo. Entre sus objetivos se incluye proporcionar la información apropiada sobre los riesgos de transmisión del VIH y del virus de la hepatitis C (VHC), así como la distribución de material preventivo (preservativos, lubricantes, kits de inyección segura, etc.).
- *Campañas de sensibilización y concienciación.* En este punto se incluye todo tipo de campañas de prevención, información, sensibilización y concienciación dirigidas a modificar las prácticas de riesgo en relación con la infección, así como a subsanar algunos conceptos erróneos sobre el VIH y el sida que pueden ser generadores de actitudes y comportamientos negativos hacia las personas con VIH. En este sentido, la creencia profundamente arraigada en el imaginario social sobre los grupos de riesgo provoca que la población general no se considere en riesgo de contraer la infección, por lo que es muy importante que en estas campañas se hable de comportamientos de riesgo y no de colectivos de riesgo, lo que también ayudará a modificar las creencias discriminatorias preestablecidas. Este tipo de campañas no solo se debe dirigir a la población general mediante canales masivos, sino que también es necesario llegar a grupos más específicos, como los profesionales sanitarios, los jóvenes u otros grupos poblacionales clave, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), a través de canales y mensajes más específicos.

Estrategias biomédicas

Las intervenciones biomédicas utilizan una combinación de medios biomédicos para intentar reducir el riesgo físico de contraer el VIH y raramente se utilizan sin las intervenciones conductuales. La principal intervención biomédica disponible en la actualidad es la *profilaxis preexposición (PrEP)*. La profilaxis preexposición tiene como objetivo evitar que las personas sin infección por VIH y expuestas al VIH contraigan el virus, utilizando una combinación de dos antirretrovirales (ARV). Aunque en España no existan estudios de rentabilidad de la PrEP, esta ya ha mostrado su eficacia, seguridad y rentabilidad en distintos grupos de población de riesgo, como en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)¹⁴, en parejas heterosexuales serodiscordantes¹⁵ y en personas que se inyectan drogas (PID)¹⁶. Estos estudios también han valorado las potenciales desventajas de la PrEP, como la toxicidad, el desarrollo de resistencias o el incremento compensatorio del riesgo de exposición derivado de la sensación de seguridad que proporciona la PrEP (menor uso del preservativo).

Cabe destacar que organismos internacionales y locales en diversas partes del mundo, incluidas la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Agencia Europea del Medicamento (EMA), el Centro Europeo para el Control de las Enfermedades (ECDC) y el Grupo Español para el Estudio del Sida (GeSIDA), de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), han evaluado la PrEP y la han propuesto como una estrategia de prevención válida en contextos variados¹⁶.

En España, las recomendaciones de GeSIDA¹⁷ indican que son candidatas para recibir PrEP las personas pertenecientes a colectivos cuya incidencia de infección por VIH sea mayor a 2 casos por 100 personas-año. En nuestro país existen, por tanto, grupos de po-

blación, como los HSH, con alto riesgo de infectarse por VIH, que podrían beneficiarse de un programa de PrEP.

Para que un programa de PrEP sea eficaz, es necesario contar con el compromiso por parte de la persona de que realiza la profilaxis con un adecuado seguimiento y cumplimiento del programa. La PrEP debe prescribirse, por tanto, dentro de un plan de prevención global que incluya consejo asistido y formación, y su dispensación se deberá realizar en centros que cumplan los requisitos que ya han sido establecidos en las guías de GeSIDA¹⁷, incluyendo centros comunitarios, centros de ITS o clínicas especializadas de atención al VIH.

Estos requisitos son fundamentales puesto que se ha demostrado que el mal cumplimiento es el factor principal del fracaso de algunos programas de PrEP recientes. Esto no debe sorprender ya que ocurre lo mismo con otras enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, etc.) en que las personas que toman el medicamento son también asintomáticas, lo que dificulta el mantenimiento de un régimen diario y resta eficacia a la intervención. Por tanto, es necesario desarrollar proyectos que prioricen el cumplimiento, teniendo en cuenta los factores comunitarios y sociales que afectan a este.

Para avanzar en esta línea, es necesario desarrollar actividades que están más relacionadas con el sistema de salud que con el medicamento propiamente dicho. El cumplimiento de la PrEP depende, en gran medida, de otros factores, además del medicamento. Los programas de PrEP, así como cualquier otra intervención preventiva o terapéutica frente al VIH, serían probablemente más eficaces si estuviesen encajados en modelos asistenciales de atención a enfermedades crónicas¹⁸.

Estrategias estructurales

La influencia de factores estructurales y de justicia social, y la defensa de los derechos de las personas con VIH tienen importantes repercusiones en las estrategias de prevención. Factores como el acceso a recursos sociosanitarios, las desigualdades en salud, la marginación de las poblaciones más vulnerables, el estigma o la discriminación frenan sustancialmente los esfuerzos de las estrategias preventivas.

Las intervenciones estructurales buscan incidir en estos factores, por los cuales personas o grupos son vulnerables a la infección por VIH. Estos factores pueden ser sociales, económicos, políticos o ambientales. En este sentido, las intervenciones estructurales suelen ser difíciles de implementar porque tratan asuntos socioeconómicos que pueden necesitar mucho tiempo para cambiar (pobreza, inequidad de género, exclusión social, homofobia y transfobia) y requieren intervenciones concretas de múltiples sectores, no solo del sanitario, para reducir las inequidades y garantizar la protección de los derechos humanos de los grupos clave.

Las intervenciones estructurales deben incluir normativas y políticas que mejoren la disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad de los servicios preventivos y asistenciales. Entre las intervenciones estructurales con repercusiones en la prevención del VIH se encuentran la movilización de la comunidad, la oferta de servicios integrales y las intervenciones económicas, así como favorecer las normativas o leyes que respondan a las desigualdades de género, la vulneración de los derechos humanos o la discriminación en el acceso a servicios de vivienda, trabajo, inmigración o educación¹⁹.

Los países deben crear un entorno propicio para que sus ciudadanos gocen plenamente de sus derechos. Por ejemplo, los Estados deben aprobar leyes que prohíban la discriminación de poblaciones clave, también en el lugar de trabajo y los establecimientos de salud. Deben garantizar que el personal sanitario está capacitado para prestar servicios conforme a los derechos humanos (p. ej., los servicios deben suministrarse de manera no discriminatoria y respetando la dignidad y la autonomía de los clientes). Deben garantizar que los usuarios de los servicios de salud conozcan sus derechos y sean capaces de reivindicarlos, solicitando compensaciones en caso de violación.

En España no existen suficientes políticas y programas para abordar la reducción de estas desigualdades y no parece que sean un problema prioritario en las políticas públicas de nuestro país a pesar de que en otros países europeos su abordaje político comienza a ser explícito. Debería diseñarse una batería de intervenciones multinivel que incidan en los factores estructurales que hacen a determinadas poblaciones más vulnerables frente a la infección por VIH en España. Estas intervenciones deberían ser incorporadas como elementos críticos de la prevención combinada y constituir una respuesta integral y multisectorial a la epidemia del VIH.

Para definir esta batería de intervenciones, sería necesario revisar las políticas, leyes y reglamentaciones de otros sectores con el objetivo de que estas no aumenten la vulnerabilidad ni establezcan discriminaciones ni impidan el acceso a distintos servicios, como la vivienda, el trabajo o la educación.

El estigma asociado con el VIH influye y tiene efectos en diversos niveles, además del estructural. Se debe dar respuesta a cada uno de esos niveles a través de esfuerzos programáticos y políticos. Así, además de las propuestas contenidas en este apartado para el nivel estructural, se debe intervenir en los niveles intrapersonal, interpersonal, institucional y en la comunidad²⁰.

Las intervenciones dirigidas al nivel intrapersonal deberán tratar de reducir la interiorización del estigma y empoderar a la persona con VIH mediante estrategias como mejorar su conocimiento, actitudes, conducta, autoconcepto, autoestima o habilidades de afrontamiento. Las intervenciones a nivel interpersonal se han de dirigir a modificar el entorno en que viven las personas con VIH (especialmente la familia y la red de amistades) para favorecer el establecimiento de relaciones y el fomento del apoyo social. Este apoyo social tendrá repercusiones positivas en la salud y en las conductas saludables. Las intervenciones en este nivel deberán tener como base la educación en cuidados y la sensibilización del entorno.

En el nivel institucional es preciso formar a las diversas organizaciones (p. ej., organizaciones laborales o sanitarias, entre otras) para que modifiquen sus actitudes y desarrollen políticas y programas de apoyo²¹⁻²⁵.

Finalmente, en el nivel de la comunidad es necesario incrementar el conocimiento y destruir mitos que favorecen el estigma. Hay varias intervenciones posibles que han de tener unos componentes clave: educación, reestructuración de creencias erróneas, incrementar la empatía hacia las personas con VIH, formar en habilidades o incrementar el contacto con las personas con VIH. Las intervenciones más exitosas son aquellas que combinan más de uno de estos componentes clave. Asimismo, otras claves para el éxito serán que las intervenciones se diseñen basadas en la evidencia y que se incluya a todos los agentes implicados y grupos de interés en su diseño. En este sentido, el papel de las ONG, asociaciones y entidades diversas que trabajan en el ámbito comunitario y luchan contra el estigma y la discriminación de las personas con VIH es fundamental, no solo en el diseño de las intervenciones sino en la implementación de muchas de ellas, como ofrecer información, soporte y apoyo al paciente y sus familias, o en la lucha por los derechos de las personas con VIH. Por tanto, es indispensable que este tipo de entidades cuente con la financiación suficiente para desarrollar sus fines.

En suma, reducir el estigma ha de estar en el centro de la respuesta al VIH y debe ser una prioridad en la financiación, políticas, investigación y programas del VIH.

Conclusiones

La infección por VIH continúa sin estar controlada en España. Se requieren nuevas estrategias para prevenir la transmisión del VIH, especialmente en los colectivos en que tiene mayor incidencia. El diagnóstico de las personas infectadas por VIH y su tratamiento lo más precoz posible es la estrategia más eficiente. Las estrategias de cambio de conductas utilizan enfoques educacionales y motivacio-

nales. Incluyen el consejo asistido, las estrategias de reducción de daños y las campañas de sensibilización y concienciación. La principal intervención biomédica actual es la profilaxis preexposición (PrEP). La influencia de factores estructurales, de justicia social y de defensa de los derechos de las personas con VIH tiene importantes repercusiones en las estrategias de prevención.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

El autor Antonio Antela ha recibido ayudas a la investigación u honorarios por su participación en reuniones de asesoría, simposios o ensayos clínicos de Abbvie, BMS, Gilead Sciences, Janssen, MSD y ViiV Healthcare.

La autora Amaya Azcoaga ha recibido financiación de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC) y de ViiV Healthcare.

La autora Eugenia Sampedro ha recibido honorarios por su participación en reuniones de ViiV Healthcare.

El autor Toni Poveda ha recibido ayudas a la formación u honorarios por su participación en reuniones de asesoría, simposios o ensayos clínicos de Janssen, MSD y ViiV Healthcare.

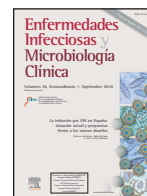
Bibliografía

1. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: 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; noviembre de 2017.
2. Núñez O, Hernando V, del Amo J, Moreno C, Díaz A. Estimación de las personas que viven con el VIH y de la fracción no diagnosticada de VIH en España. XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. Sevilla, 2017.
3. ONUSIDA. Acción acelerada para la prevención combinada. 2015.
4. Castillo Soria O. ¿Qué funciona y qué no funciona en la prevención del VIH y las ITS? Revista Multidisciplinar del Sida. Monográfico 2015. Vol. 3. Núm. 6.
5. British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV and British Infection Society. UK national Guidelines for HIV Testing 2008. Disponible en: <http://www.bhiva.org/documents/guidelines/testing/glineshiivtest08.pdf>.
6. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One*. 2010;5:e13132.
7. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2013;159:51-60.
8. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Plan Nacional del Sida. MSSSI, 2014.
9. Croxford S, Yin Z, Burns F, Copas A, Town K, Desai S, et al.; OptTEST project. Linkage to HIV care following diagnosis in the WHO European Region: A systematic review and meta-analysis, 2006-2017. *PLoS One*. 2018;13:e0192403.
10. Agustí C, Montoliu A, Mascort J, Carrillo R, Almeda J, Elorza JM, et al. Missed opportunities for HIV testing of patients diagnosed with an indicator condition in primary care in Catalonia, Spain. *Sex Transm Infect*. 2016;92:387-92.
11. Rodríguez Ortiz de Salazar B; Grupo VIHAP. Implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria: Estudio VIHAP. Revista Multidisciplinar del Sida. Monográfico 2016. Vol. 4. Núm. 8.
12. World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services, 2016.
13. Coates TJ, Richter L, Cáceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*. 2008;372:669-84.
14. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*. 2015;387:53-60.
15. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al.; Partners PrEP Study Team. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*. 2012;367:399-410.
16. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, et al.; Bangkok Tenofovir Study Group. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2013;381:2083-90.
17. Moreno S, Antela A, García F, Del Amo J, Boix V, Coll P, et al.; Grupo Redactor de GeSIDA/SEIMC. Executive summary: Pre-exposure prophylaxis for prevention of HIV infection in adults in Spain: July 2016. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35:377-83.
18. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: Opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:194.
19. Rotheram-Borus MJ, Swendeman D, Chovnick G. The past, present, and future of HIV prevention: Integrating behavioral, biomedical, and structural intervention strategies for the next generation of HIV prevention. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:143-67.
20. Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med [Internet]*. 2006;11:353-63.
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016.
22. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Continuum-of-HIV-care-2017>.
23. ONUSIDA. Acción acelerada para acabar con el sida. Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.
24. ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2017. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_es.pdf.
25. ECDC. HIV Modelling Tool. User Manual. Version 1.2.2. 18th of October 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318514796_Towards_standardised_definitions_for_monitoring_the_continuum_of_HIV_care_in_Europe.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 2. Propuestas de presente y futuro

Detección temprana

Santiago Moreno^{a,*}, Juan Berenguer^b, María José Fuster-Ruizdeapodaca^c y Marisa García Ontiveros^d

^aServicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España

^bUnidad de Enfermedades Infecciosas-VIH, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^cSociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA), Madrid, España

^dFacultad de Psicología, Universidad Complutense, Madrid, España

RESUMEN

Palabras clave:

VIH
Diagnóstico precoz
Diagnóstico tardío
Infradiagnóstico

Existe amplio acuerdo sobre la importancia que el infradiagnóstico y el diagnóstico tardío de la infección por VIH tienen para la salud de las personas con VIH y en la persistencia de la epidemia por un aumento inadvertido de la transmisión. Por ello, es urgente desarrollar estrategias que aumenten el número de diagnósticos y lo hagan de modo más precoz. Muchas de estas estrategias se han puesto en marcha en otros países y, en España, han sido recomendadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). El grupo multidisciplinario de esta monografía recomienda la revisión e implementación de diferentes medidas tanto en el ambiente sanitario como en el comunitario.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Early diagnosis

ABSTRACT

Keywords:

HIV
Early diagnosis
Late diagnosis
Underdiagnosis

There is broad agreement on the impact that underdiagnosis and late diagnosis of HIV infection have on the health of people with HIV and on the persistence of the epidemic due to an inadvertent increase in transmission. The need to develop strategies that increase the number of diagnoses, and specifically the number of early diagnoses, is therefore urgent. Many such strategies have been launched in other countries and, in Spain, have been recommended by the Ministry of Health, Social Services and Equality (MSSSI). The multidisciplinary group recommends the review and implementation of different measures in both health and community settings.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: smguillen@salud.madrid.org (S. Moreno).

Los avances en el tratamiento antirretroviral, con el bien conocido aumento en la cantidad y calidad de vida de los pacientes infectados por VIH, han distraído la atención de algunos aspectos de gran importancia. Entre los más destacados se encuentra lo que se ha dado en llamar la epidemia oculta, es decir, las personas infectadas que no saben que lo están. Esta fracción no diagnosticada de personas infectadas son, en gran medida, responsables de la persistencia de la epidemia y representan, por tanto, un importante problema de salud pública, además de estar expuestos a una peor evolución de la enfermedad.

No es de extrañar, por tanto, que en todos los países del mundo se hayan puesto en marcha medidas que intenten reducir el infradiagnóstico de la infección por VIH. Todas las estrategias se orientan en el mismo sentido, pues intentan un diagnóstico en un sector de la población lo más amplio posible y lo más precozmente posible. Las medidas se han puesto en marcha de modo desigual en los países y con resultados dispares.

En este capítulo, vamos a revisar las razones y consecuencias de la fracción no diagnosticada de infección por VIH en España, así como las medidas que se podrían adoptar para mejorar la situación epidemiológica y clínica de las personas que se diagnostican tardíamente.

El problema: infradiagnóstico y diagnóstico tardío

En el momento actual y si se aplica una metodología rigurosa, se estima que el 18% de las personas que viven con infección por VIH en España desconoce que están infectadas¹. Estamos, por tanto, lejos de alcanzar uno de los objetivos fijados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en la lucha contra el sida para el año 2020, es decir, que el 90% de los afectados por VIH estén diagnosticados².

Este alto porcentaje de casos sin diagnosticar está acompañado por otros datos llamativamente negativos. Todavía hoy, la mitad de los nuevos diagnósticos en España se continúan haciendo tarde. Se considera diagnóstico tardío cuando el nivel de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico es inferior a 350 células/ μ l, reservándose el término de enfermedad avanzada para cuando, en el momento del diagnóstico, la cifra de CD4 es inferior a 200 células/ μ l o el diagnóstico de la infección por VIH coincide con el de sida. En 2015, el 46,5% de las personas diagnosticadas en España presentaba diagnóstico tardío y el 27,1% presentaba enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico³ (fig. 1) y, según los datos del Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH), estos porcentajes se han mantenido estables desde 2009, lo que muestra que no se ha producido ningún avance en los últimos años³.

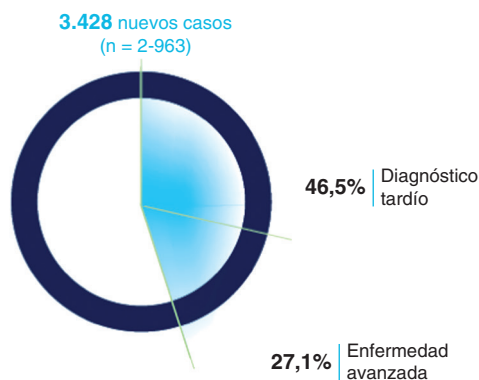


Figura 1. Proporción de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada entre los nuevos diagnósticos de infección por VIH en España. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018. Fuente: SINIVIH, 2016.

La importancia de la fracción no diagnosticada y el consiguiente diagnóstico tardío de la infección por VIH no puede ser infraestimada. El diagnóstico tardío es uno de los mayores retos a los cuales nos enfrentamos en la respuesta actual a la infección por VIH ya que tiene repercusiones muy negativas tanto en el paciente como en el sistema sanitario, e incluso en la población general.

Tiene consecuencias negativas para el paciente porque, al no beneficiarse del tratamiento adecuado de modo precoz, la probabilidad de desarrollar sida y de morir aumenta de forma importante respecto a los pacientes diagnosticados y tratados tempranamente. Datos de la Cohorte de Adultos Seropositivos de la Red de Investigación en Sida (CoRIS) muestran que los pacientes diagnosticados de forma tardía tienen un riesgo de fallecer 5,22 veces mayor que los diagnosticados tempranamente⁴ y otro estudio más reciente en la misma cohorte observó que el diagnóstico tardío incrementaba 10 veces la mortalidad durante el primer año tras el diagnóstico y la multiplicaba casi por 2 al transcurrir entre 1 y 4 años. En el caso de las personas con diagnóstico tardío y con una enfermedad definitiva de sida, el riesgo de fallecer se incrementaba 20 veces en el primer año tras el diagnóstico⁵.

Desde el punto de vista de la salud pública, el diagnóstico tardío también presenta un impacto negativo para el control de la epidemia porque estas personas pueden transmitir la infección de modo inadvertido, sin saberlo. Algunos estudios han mostrado cómo un elevado porcentaje de las nuevas infecciones se deben a las personas que desconocían que estaban infectadas y se estima que la tasa de transmisión del VIH es 3,5 veces mayor en las personas que desconocen su infección en comparación con las ya diagnosticadas⁶⁻⁸. Un estudio clásico, ampliamente citado, incidía en el hecho de que las personas que viven con VIH y que desconocen su estado contribuyen especialmente a las nuevas transmisiones y estimaba que estas llegan a representar hasta el 54% de los nuevos diagnósticos que se registran cada año^{1,9}.

Por último, no se debe menospreciar el impacto en los gastos para el sistema sanitario. El coste del tratamiento y cuidado de las personas con diagnóstico tardío es mucho mayor que si se les hubiera diagnosticado tempranamente ya que la tasa de morbilidad y hospitalizaciones en estos pacientes es mucho mayor^{6,10}.

En su conjunto, estos datos demuestran que la epidemia de la infección por VIH en España no es algo del pasado. A pesar de los avances experimentados en las últimas décadas, la infección por VIH continúa estando muy presente en nuestro país y los datos de infradiagnóstico y diagnóstico tardío son muy preocupantes. Los esfuerzos realizados hasta la fecha han salvado muchas vidas, pero los números muestran que todavía queda un amplio margen de mejora en la detección de los casos ocultos (fig. 2). La detección precoz y el acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) reducirían la mortalidad y la capacidad de transmitir el virus de forma considerable.

La solución: diagnóstico precoz

Un diagnóstico más precoz de la infección por VIH evitaría las consecuencias asociadas con la infección oculta y el diagnóstico tardío: permitiría tratar a los pacientes con el beneficio para su salud, impediría la transmisión del VIH por la adopción de medidas preventivas y por tener la carga viral indetectable gracias al tratamiento antirretroviral, y disminuiría los costes asociados a corto-medio plazo.

En los párrafos siguientes se analizan estrategias que se han puesto en marcha, tanto en el entorno sanitario como en el comunitario, en otros países y se hace una propuesta de las medidas que podrían adoptarse en nuestro país para mejorar la situación descrita.

Detección precoz en el entorno sanitario

Como se ha comentado, el diagnóstico precoz es probablemente la mayor asignatura pendiente de la respuesta a la infección por VIH tanto en España como en el resto de países desarrollados. Con el objetivo de detectar la infección oculta en la población, muchos países

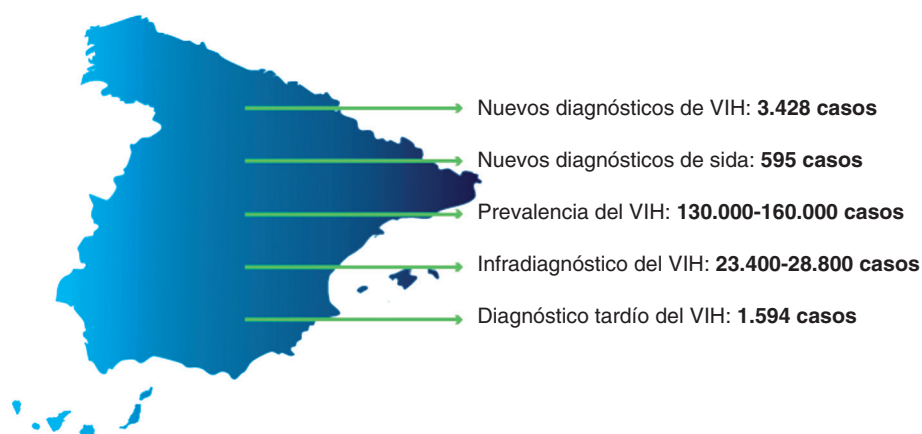


Figura 2. Situación actual de la infección por VIH en España, 2015. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. *El VIH en España, una asignatura pendiente*. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018. Fuente: SINIVIH, 2016; MSSSI, 2016.

comenzaron a implementar estrategias de cribado dirigidas a la población general, una vez que la evidencia hubo descrito la oferta habitual de la prueba de detección del VIH como una intervención rentable en Estados Unidos siempre y cuando la prevalencia de infección oculta del VIH fuese de, al menos, el 0,1%¹¹.

Algunos ejemplos en países de nuestro entorno nos sirven para comentar los esfuerzos realizados en este sentido. En 2008, Reino Unido comenzó a recomendar la realización de la prueba del VIH a todas las personas que acudieran por primera vez a su centro de Atención Primaria cuando la prevalencia local del VIH fuese superior al 0,2%¹². Asimismo, desde 2009 en Francia se realiza el cribado de VIH a la población general entre 15 y 70 años de forma habitual, al menos, una vez en la vida¹³. En Estados Unidos, a partir de 2013, los Center for Disease Control and Prevention (CDC) ampliaron las recomendaciones de realización de la prueba del VIH a todos los pacientes entre 13 y 64 años que acudían a centros sanitarios, independientemente de la existencia de prácticas de riesgo y de la prevalencia del VIH¹⁴.

En España, la *Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario* publicada por el MSSSI en 2014 también recomendaba ampliar las indicaciones ya existentes para la realización de la prueba (prueba a personas con síntomas sugerentes, ofertas dirigidas y de realización obligatoria). En esta guía se recomienda incorporar la oferta habitual para cualquier persona sexualmente activa de 20-59 años que requiera una extracción de sangre para analítica por cualquier motivo siempre y cuando resida en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el citado grupo de edad estuviera por encima del percentil 75 calculado durante los 3 últimos años a nivel nacional¹⁵ (fig. 3).

La inclusión de la prueba habitual de detección del VIH respondía a la necesidad existente en España de diagnosticar a la población general que, al no pertenecer a ninguno de los grupos poblacionales clave o no identificarse como tal en el contexto de la Atención Primaria, no eran sistemáticamente cribados para beneficiarse del diagnóstico y tratamiento precoces. Sin embargo, el cribado habitual a la población

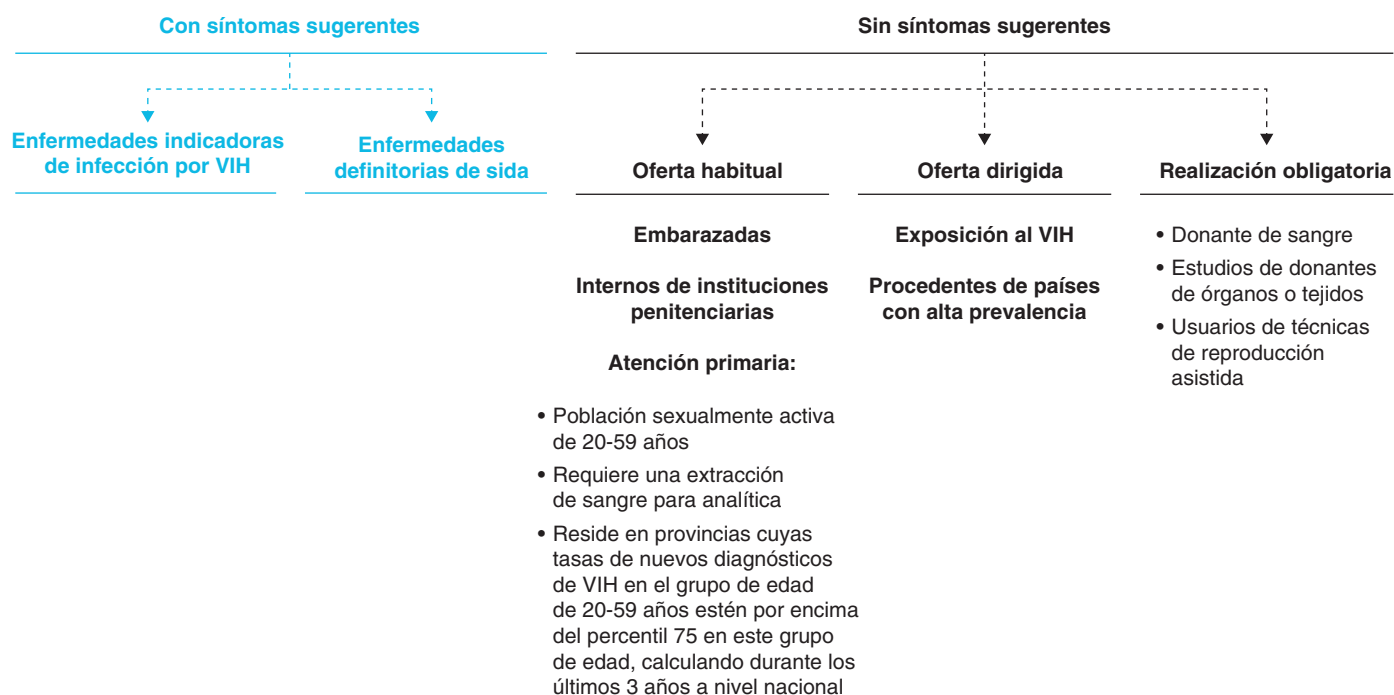


Figura 3. Recomendaciones de realización de la prueba del VIH en el entorno sanitario. Fuente: MSSSI, 2014.

general en el marco de la Atención Primaria (AP) no ha funcionado como se esperaba y todavía existe un gran margen de mejora por varios motivos; entre otros, la escasa difusión que ha tenido la guía entre los profesionales sanitarios y la falta de claridad del último criterio relativo a las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en cada provincia.

En este sentido, un estudio reciente realizado en España por un grupo multidisciplinario de investigadores en colaboración con el Plan Nacional del Sida ha mostrado que la realización de la prueba del VIH, al menos, una vez en la vida en la población general que acude a Atención Primaria estaría dentro de las estrategias consideradas como rentables. Además, en relación con los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), el estudio también señala la necesidad de aumentar la frecuencia de realización de la prueba en este grupo poblacional, incluso cada 3 meses, en entornos a los cuales acuden hombres con riesgo elevado de adquisición del VIH, como los centros de infecciones de transmisión sexual (ITS)¹⁶.

Por todo ello, el grupo multidisciplinario de esta monografía sugiere que se debería actualizar la guía para incorporar los datos de rentabilidad y para simplificar el criterio referente a la tasa necesaria de nuevos diagnósticos ya que complica en exceso la labor de los profesionales sanitarios. Se deberían revisar y actualizar de acuerdo con la última evidencia disponible los criterios de la oferta habitual de la serología frente al VIH propuestos por el MSSSI.

En cualquier caso, el cribado frecuente del VIH no es el único que requiere mayor esfuerzo de implementación, sino que los cribados en poblaciones expuestas a riesgo, en situaciones clínicas sugerentes de infección o con síntomas de sida también requieren un nuevo impulso. La escasa difusión de la guía desde el MSSSI ha provocado que muchos profesionales desconozcan su existencia y se ha demostrado que los médicos de AP no hacen suficientes pruebas, ya sean de oferta habitual o las relativas a pacientes con síntomas sugerentes¹⁷. Esto provoca que se pierdan muchos pacientes y convierte en necesario reforzar la percepción de los profesionales sanitarios para que realicen la prueba con mayor frecuencia¹⁸.

Existen estudios que demuestran que la formación y sensibilización de los profesionales¹⁹ o la incorporación de alertas informáticas en la historia clínica incrementan el número de pruebas realizadas. Estos datos llevan al grupo multidisciplinario a recomendar la incorporación de este tipo de intervenciones que favorezcan la correcta implementación de los programas de cribado propuestos desde el MSSSI. Se propone trabajar con impulso y de modo decidido en la mejora de la implementación de los programas de cribado en cada entorno local mediante distintas acciones que podrían favorecer su implantación. A modo de ejemplo, algunas de estas acciones podrían incluir lo siguiente:

- *Formación y sensibilización de los profesionales sanitarios para fomentar la realización de pruebas.* Estos programas podrían, además, reforzarse con la formación en habilidades para hablar de sexualidad e ITS, y programas específicos para reducir los estereotipos en el ámbito sanitario.
- *Instalación de alertas informáticas que faciliten las recomendaciones sobre diagnóstico precoz en entornos clínicos,* comenzando con las relativas a pacientes con síntomas sugerentes y, posteriormente, analizando la posibilidad de incluir alertas clínicas relativas a la oferta habitual.
- *Realización de la historia de hábitos sexuales,* donde se valoren conductas sexuales de riesgo con el objetivo de considerar la posibilidad de realizar la prueba.
- *Realización del estudio de contactos (index testing).* En un estudio reciente en Barcelona se ha demostrado que el estudio de contactos es una estrategia factible, aceptable para el usuario y capaz de identificar a una alta proporción de pacientes que desconocían su infección²⁰.
- *Ampliar a otros profesionales de la salud, como las enfermeras, la implementación del cribado y la educación sexual-afectiva.*

Detección precoz en el entorno comunitario

El cribado en el entorno comunitario es una estrategia imprescindible para lograr diagnósticos tempranos y evitar nuevas infecciones en determinados grupos poblacionales, especialmente en los más vulnerables. En muchas Comunidades Autónomas de España aún existe un amplio recorrido de mejora en este sentido. Cada entorno local deberá valorar de acuerdo con sus especificidades la posibilidad de complementar el cribado sanitario con el comunitario para ofrecer mayor acceso a las pruebas rápidas en distintos entornos que sean más accesibles a determinadas poblaciones vulnerables. Sirvan de ejemplo, en este sentido, las ONG, farmacias, unidades móviles, centros comunitarios, centros de atención a jóvenes, universidades, bancos de alimentos, locales nocturnos, saunas, festivales de música, etc.

Para ello resulta imprescindible proporcionar más recursos a las entidades comunitarias que ya lo están haciendo y promover la transferencia de las experiencias más exitosas a otras zonas y comunidades. En este sentido, centros comunitarios como el BCN Checkpoint, en Barcelona, es considerado un ejemplo recomendable para otras comunidades que consideren la incorporación de un centro de este tipo en su entorno. Cualquier acercamiento a la comunidad es visto de manera positiva por el grupo multidisciplinario, pero, para que resulte realmente efectivo, se subraya la necesidad de que exista una adecuada coordinación entre las entidades sanitarias y comunitarias, tanto para optimizar el uso de recursos como para asegurar una rápida derivación al TAR de los pacientes diagnosticados.

Adicionalmente, como complemento al cribado en el entorno sanitario y comunitario, el MSSSI y el Consejo General de Farmacéuticos ya han suscrito un convenio de colaboración para fomentar el diagnóstico precoz con la venta en farmacias del autotest del VIH. A partir de ahora, las farmacias podrán dispensar los test de auto-diagnóstico del VIH sin necesidad de receta.

El objetivo de esta medida reciente es tener repercusiones en un grupo de población que, de otra manera, no se haría o tardaría demasiado en hacerse la prueba. No obstante, existe la preocupación de si el hecho de realizarse la prueba en ausencia de personal sanitario dificulta el afrontamiento de un posible resultado positivo e implica menor vinculación con los recursos de apoyo y tratamiento que necesitan. Es necesario puntualizar que el autotest debe incorporar amplia información y de fácil comprensión para los usuarios ya que estos deben ser capaces de interpretar correctamente el resultado y disponer de información sobre dónde acudir en caso positivo²¹.

Para ello se recomienda que las personas que necesiten información puedan recibir atención telefónica durante las 24 horas de manera gratuita, anónima y confidencial por parte de organizaciones comunitarias que trabajan en el ámbito del VIH en España, donde se les informará de dónde hacerse la prueba de confirmación, así como también de los diferentes recursos disponibles de apoyo psicológico y atención médica especializada en la zona.

Conclusiones

El infradiagnóstico de la infección por VIH continúa siendo un problema de gran importancia. Se estima que la proporción de personas con infección no diagnosticada es del 18%. Los pacientes que viven con la infección por VIH sin saberlo y son transmisores de esta llegan a alcanzar el 50% de los nuevos casos diagnosticados, lo que representa un problema para su salud individual y también un problema de salud pública. Además, la mitad de los diagnósticos que se realizan son tardíos, lo que conlleva peor evolución clínica, menores esperanza y calidad de vida, y mayor coste asistencial. Para mejorar esta situación, se recomienda revisar y actualizar los criterios de la oferta habitual de la serología frente al VIH propuestos por el MSSSI, potenciar el despliegue y la implementación efectiva de las recomendaciones de cribado elaboradas por el MSSSI en el entorno clínico y

valorar la idoneidad de complementar el cribado en el entorno clínico con distintos programas en el ámbito comunitario.

Fuentes de financiación

Este manuscrito ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

Bibliografía

- Núñez O, Hernando V, del Amo J, Moreno C, Díaz A. Estimación de las personas que viven con el VIH y de la fracción no diagnosticada de VIH en España. XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. Sevilla, 22-24 de marzo de 2017.
- ONUSIDA. Acción acelerada para acabar con el sida. Estrategia ONUSIDA, 2016-2021.
- Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: 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; noviembre de 2016.
- Sobrino-Vegas P, García-San Miguel L, Caro-Murillo AM, Miro JM, Viciano P, Tural C, et al. CoRIS. Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: Prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality. *Curr HIV Res.* 2009;7:224-30.
- Sobrino-Vegas P, Moreno S, Rubio, R, Viciano P, Bernardino JJ, Blanco JR, et al. CoRIS. Impact of late presentation of HIV infection on short-, mid- and long-term mortality and causes of death in a multicenter national cohort: 2004-2013. *J Infect.* 2016;72:587-96.
- Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; 2011.
- Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States -Implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005;39:446-53.
- Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS.* 2006;20:1447-50.
- Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Mortalidad por VIH y Sida en España, año 2014. Evolución 1981-2014. Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología-Plan Nacional sobre el Sida. Madrid; 2016.
- Krentz HB, Auld MC, Gill MJ. The high cost of medical care for patients who present late (CD4 <200 cells/microL) with HIV infection. *HIV Med.* 2004;5:93-8.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Technical Expert Panel Review of CDC HIV Counseling TaRG. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral. 1999. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a1.htm>.
- British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV and British Infection Society. UK national Guidelines for HIV Testing 2008. Disponible en: <http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Testing/GlinesHIVTest08.pdf>.
- Yazdanpanah Y, Perelman J, DiLorenzo MA, Alves J, Barros H, Mateus C, et al. Routine HIV screening in France: Clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One.* 2010;5:e13132.
- Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2013;159:51-60.
- Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Plan Nacional del Sida. MSSSI 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf.
- Mabileau G, Del Amo J, Rüütel K, Paltiel AD, Lemsalu L, Díaz A, et al. for OptTEST by HiE. Effectiveness and cost-effectiveness of HIV screening strategies across Europe. CROI. 13-16 de febrero, 2017. Seattle, Washington. Abstract #1028. Disponible en: http://www.croiconference.org/sites/default/files/posters-2017/1028_Mabileau.pdf.
- De la Fuente B, Dalmau D, de los Santos I, Romero A, Pérez MJ, Sampériz G, et al. Evaluación de la eficacia de un proyecto de formación de profesionales sanitarios de atención primaria para el diagnóstico precoz del VIH. Presentado en el IX Congreso Nacional de GeSIDA. Vigo, 28 de noviembre-1 de diciembre, 2017.
- Agustí C, Montoliu A, Mascort J, Carrillo R, Almeda J, Elorza JM, et al. Missed opportunities for HIV testing of patients diagnosed with an indicator condition in primary care in Catalonia, Spain. *Sex Transm Infect.* 2016;92:387-92.
- Rodríguez Ortiz de Salazar B; Grupo VIHAP. Implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria: Estudio VIHAP. *Revista Multidisciplinar del Sida. Monográfico* 2016. Vol. 4. Núm. 8. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/implementacion-de-la-oferta-rutinaria-de-la-prueba-de-vih-en-atencion-primaria-estudio-vihap/>.
- García de Olalla P, Molas E, Barberà MJ, Martín S, Arellano E, Gosch M, et al. Effectiveness of a Pilot Partner Notification Program for New HIV Cases in Barcelona, Spain. *PLoS One.* 2015;10:e0121536.
- World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services, 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251655/1/9789241549868-eng.pdf?ua=1>.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 2. Propuestas de presente y futuro

Cuidados clínicos del paciente con VIH

Josep M. Llibre^{a,*}, María José Fuster-Ruizdeapodaca^b, Antonio Rivero^c y Emma Fernández^d

^aUnidad VIH, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Fundación Lluita contra la SIDA, Badalona, Barcelona, España

^bSociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA), Madrid, España

^cServicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Reina Sofía/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (Imibic)/Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba, España

^dServicio de Infecciones, Hospital Clínic, Barcelona, España

RESUMEN

Palabras clave:

VIH
Tratamiento
Seguimiento integral
Esperanza de vida
Sistema sanitario

Las características clínicas de las personas que viven con VIH han cambiado y surgen nuevas necesidades que deben abordarse. La esperanza de vida de una persona con infección por VIH en tratamiento antirretroviral supresor diagnosticada a tiempo ya es similar a la de la población general. Esta cronificación de la enfermedad requiere un abordaje integral del paciente con infección por VIH, con una atención multidisciplinaria que incluye el entorno hospitalario y la medicina comunitaria. El modelo de provisión sociosanitario fragmentado dificulta el correcto abordaje del paciente con infección por VIH. Existe una considerable variabilidad clínica y geográfica en el cuidado de la infección por VIH en España. Se detecta la necesidad de trabajar en la definición e implementación de nuevos modelos de atención.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Clinical care of patients with HIV

ABSTRACT

Keywords:

HIV
Treatment
Comprehensive follow-up
Life expectancy
Healthcare system

There has been a significant change in the clinical characteristics of people living with HIV, with new needs arising that must be tackled. The life expectancy of a subject diagnosed early with HIV infection and receiving suppressive antiretroviral therapy is currently on a par with the life expectancy of the general population. HIV is now a chronic treatable disease and requires a multidisciplinary approach that includes both the hospital medicine specialties and primary care physicians. The fragmented model to provide social and medical healthcare hinders the proper management of patients with HIV infection. There is significant clinical and geographical variability in the healthcare provided for HIV infection in Spain and the need to define and implement new models of healthcare delivery for this disease has been identified.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmlibre@flsida.org (J.M. Llibre).

Utilización de recursos sanitarios

Las características clínicas y el tipo de atención médica demandada por las personas que viven con VIH han ido cambiando constantemente a lo largo de los años de epidemia de VIH/sida. Estos cambios motivan nuevas necesidades que deben abordarse continuamente. De una atención hospitalizada se pasó a la administración de tratamientos en hospitales de día y actualmente a un seguimiento básicamente ambulatorio y multidisciplinario de personas que, en la mayoría de casos, se encuentran asintomáticas.

El acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) en el sistema sanitario público español es gratuito, así como la asistencia sanitaria integral, lo que deriva en uno de los mejores sistemas de atención integral a la salud de las personas con VIH, reconocido internacionalmente. No obstante, la reducción proporcional de la inversión económica en sanidad pública en España durante la última década está derivando ya en una caída en los indicadores de calidad del sistema sanitario, que ha visto retroceder su posición del 10.^º al 19.^º puesto en el último control¹.

En general, las personas que viven con VIH en España están recibiendo un excelente trato asistencial. Existen multitud de razones para ello y una de las más importantes es el compromiso histórico de los profesionales de la salud y la implicación y lucha de las comunidades de personas afectadas por la defensa de sus derechos.

La excelente relación entre paciente y clínico establecida en España ha sido fundamental en la efectividad y los resultados obtenidos. Sin embargo, es necesario establecer mecanismos para que esa relación constructiva establecida en las últimas 3 décadas sea un sistema que se pueda perpetuar en el tiempo.

Sin embargo, la atención que reciben finalmente los pacientes no debe depender del liderazgo individual de unos clínicos motivados, sino del modelo que se establezca para atender a estos pacientes complejos de manera homogénea en las unidades de VIH.

Por tanto, la pregunta que debemos hacernos es si en España tenemos el mejor diseño posible de cuidados asistenciales para atender la infección por VIH y, en este caso, cómo hacer sostenible y perdurable el modelo asistencial. Asimismo, conviene analizar si el modelo asistencial que se ofrece es un modelo multicomponente o si ofrecemos intervenciones aisladas entre sí, es decir, conviene analizar si las actuaciones médicas se llevan a cabo simultáneamente como una batería de componentes de un modelo integral.

En este sentido, reconocer la especialidad de Enfermedades Infecciosas para asegurar la transmisión del conocimiento generado durante años y así garantizar la calidad de la atención al VIH en el futuro es una estrategia óptima para perpetuar la excelencia en este ámbito².

El tratamiento antirretroviral supresor y eficaz ha transformado la infección por VIH en una enfermedad crónica de abordaje mayorita-

riamente ambulatorio, con una importante reducción en los requerimientos de hospitalización y la utilización de recursos a nivel hospitalario. Actualmente estamos viviendo una nueva transformación con el incremento paulatino de la media de edad de las personas con infección por VIH y la presencia creciente de comorbilidades asociadas con el envejecimiento, gracias a la equiparación de la esperanza media de vida de los individuos con infección por VIH a la de la población general³⁻⁷. No hay datos suficientes en la actualidad para establecer si la infección por VIH se asocia con un envejecimiento acelerado o acentuado, pero parece claro que la media de edad de las personas con infección por VIH va a continuar incrementándose en el futuro⁷.

La encuesta hospitalaria de pacientes con VIH en 2015 muestra cómo el 86,3% de los individuos encuestados recibió atención en los servicios ambulatorios de los hospitales (consulta externa y hospital de día), proporción que ha ido aumentando considerablemente desde el año 2000. En cambio, se observa un descenso importante en el porcentaje de pacientes hospitalizados (fig. 1)⁸.

No solo ha descendido el número de hospitalizaciones, sino que los diagnósticos al alta ya no son los mismos que 10 años antes. El número de hospitalizaciones cuyo diagnóstico principal es la infección por VIH o una enfermedad definitoria de sida ha disminuido el 43,1% desde el año 2000 hasta el año 2009. Sin embargo, aquellos ingresos en que figuraban otras patologías no asociadas con el VIH como motivo de ingreso aumentaron del 43,4% en el año 2000 al 62,5% en el año 2009⁹.

Entre los diagnósticos no relacionados con la infección por VIH, las enfermedades respiratorias fueron las más frecuentes y aumentaron del 7,5% en 2000 al 13,1% en 2009. Este incremento también se observa en otros grandes grupos de patologías, como las neoplasias no asociadas con el VIH, que aumentaron del 4,7 al 9,6%, así como en los diagnósticos de lipodistrofia, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades hematológicas^{6,10}.

Las principales causas actuales de muerte en personas con infección por VIH son las neoplasias y la patología cardiovascular¹⁰. La principal causa de muerte en individuos hospitalizados con infección por VIH son actualmente las patologías no relacionadas con el VIH, especialmente la sepsis¹¹. Se detecta, además, una fuerte asociación entre ingresos hospitalarios y mal cumplimiento del TAR.

Esta nueva realidad, caracterizada por la aparición de comorbilidades no directamente relacionadas con el VIH, hace que los profesionales no solo deban centrarse en el abordaje del VIH, sino también en el análisis continuo de otros factores que pueden tener influencia en la calidad de vida de los pacientes, así como gestionar la coordinación con otros especialistas que también realizan su seguimiento¹².

Por un lado, los pacientes con VIH tendrán que recibir tratamientos farmacológicos de por vida, así como acudir a las consultas médicas de seguimiento de la infección de forma periódica. Este seguimiento

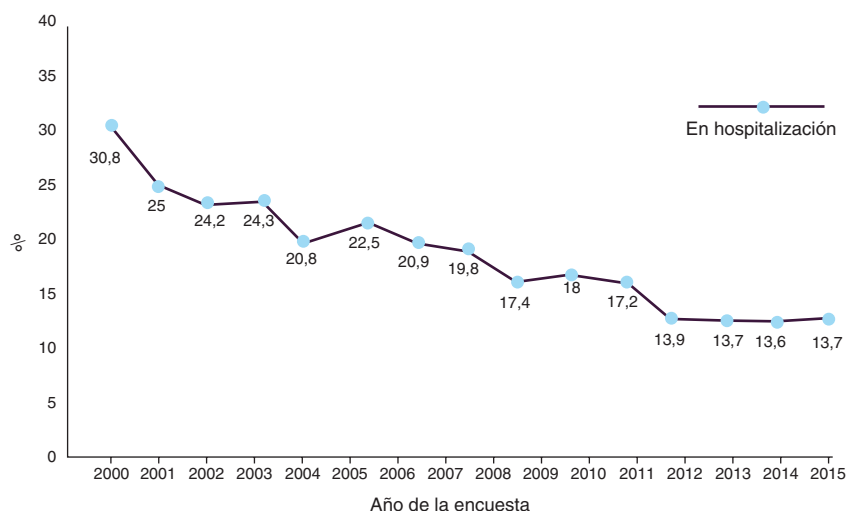


Figura 1. Evolución de la proporción de personas con infección por VIH en hospitalización (%), 2000-2015. Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/sida, 2015.

continuo es necesario para mejorar el cumplimiento terapéutico y anticiparse a la aparición de comorbilidades asociadas con el envejecimiento, pero las constantes visitas al hospital para realizar el seguimiento y la recogida de la medicación pueden causar importantes dificultades de integración social y laboral, lo que afecta al ritmo normal de vida de la persona¹³.

Por otro lado, también existen problemas derivados de la interacción entre los antirretrovirales y otros medicamentos, lo que puede aumentar o disminuir su eficacia y los efectos tóxicos de unos y otros. La polimedicación es más común en personas que viven con VIH que en la población general¹⁴, es más frecuente en personas mayores y la mayor complejidad derivada de las potenciales interacciones entre fármacos puede ser una causa importante de los fallos en el cumplimiento^{7,15,16}.

Sin embargo, existen otras causas que pueden influir en las faltas de cumplimiento del TAR:

- Incomprensión u olvido de las pautas y dictados médicos¹⁷.
- Ocultamiento de la seropositividad frente a la percepción de una posible estigmatización y sus consecuencias, especialmente en contextos donde se suele ocultar el estado serológico, como en el lugar de trabajo, lo que puede afectar al seguimiento terapéutico¹⁷.
- Sensación de control y autonomía que suele aparecer muy particularmente con largos tiempos en tratamiento, estando asintomático, en enfermedades crónicas, en relación con el cansancio de la medicación o *pill fatigue*.
- Infringirse daño, asociado con estados psicológicos más complejos y de culpabilidad por padecer la patología que conducen a un tipo de autolesión que se manifiesta con el abandono de la medicación.
- Dificultades en la continuidad del tratamiento, especialmente en algunas poblaciones, como inmigrantes y trabajadoras del sexo, que, debido a su mayor movilidad geográfica, pueden sufrir interrupciones temporales en el acceso al TAR cuando se desplazan a otras Comunidades Autónomas¹⁸.

Por todo ello, entre el 20 y el 50% de quienes se hallan actualmente en tratamiento presentan un cumplimiento inadecuado. Un estudio de 2013 realizado con datos de nuestro país indicaba un porcentaje de pacientes con VIH no cumplidores de alrededor del 45%, casi 1 de cada 2 personas en tratamiento¹⁷. A pesar de que probablemente la cifra ac-

tual de pacientes no cumplidores sea bastante menor, es necesario continuar mejorando el cumplimiento del TAR, ya que resulta fundamental para el control de la infección, la reducción de la morbilidad y la minimización del desarrollo de resistencias a la medicación, así como para mejorar la eficiencia de las intervenciones de salud pública.

Por último, además de los problemas de cumplimiento del TAR, las personas que viven con VIH presentan hoy problemas psicológicos, sociales y afectivos. Afrontar su infección crónica con todas sus connotaciones negativas relacionadas con el estigma y la discriminación les hace pasar por un proceso psicológico al cual deben enfrentarse a diario. Por esta razón, la proporción de trastornos psicológicos, como la depresión o la ansiedad, es mayor en personas con VIH que en la población general¹⁹. En este sentido, un estudio en 2010 obtuvo una prevalencia de depresión en pacientes con infección por VIH del 37%, de 2 a 3 veces más alta que en la población general, lo que, a su vez, se asociaba con una progresión más rápida de la enfermedad y menor cumplimiento del TAR²⁰.

Modelo de atención

En España, la atención sanitaria y el seguimiento de la infección por VIH, así como la dispensación del TAR, se realiza en hospitales. La responsabilidad recae, fundamentalmente, en el médico especialista en VIH, enfermedades infecciosas o medicina interna, y hasta ahora gran parte de la atención se dedicaba al abordaje de las posibles complicaciones del tratamiento, el seguimiento de la carga viral o la aparición de infecciones oportunistas.

La cronicidad de la enfermedad requiere una atención integral del paciente con VIH que permita un abordaje óptimo de la infección, así como de la aparición de comorbilidades y otras necesidades relacionadas con la enfermedad por medio de un enfoque multidisciplinario. Para lograrlo, hace falta mayor coordinación entre los profesionales, tanto sanitarios como sociales y comunitarios.

El abordaje del paciente con infección por VIH requiere, por tanto, un equipo multidisciplinario con profesionales de distintas especialidades médicas, así como profesionales de atención primaria, enfermería, psicología, psiquiatría, farmacia hospitalaria, ginecología y trabajo social, los cuales trabajen de manera coordinada y compartan objetivos a lo largo de todo el proceso de la enfermedad (fig. 2).

El desafío que afrontamos no es el de la atención al paciente con infección por VIH, como enfermedad crónica aislada, sino el del paciente en situación de cronicidad, como concepto más amplio, que

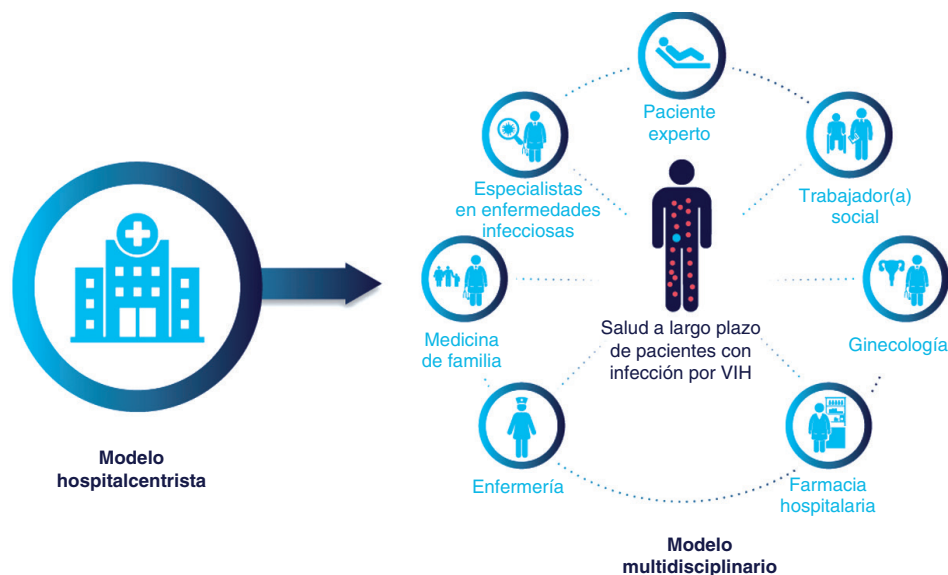


Figura 2. Atención médica a la persona con infección por VIH, centrada en el paciente. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018. Modificada de Kitahata et al²⁵.



Figura 3. Instrumentos de gestión para facilitar la integración de cuidados en pacientes crónicos. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018.

excede los límites tradicionales de la atención centrada en una única patología crónica. Es necesario asegurar un modelo asistencial que permita el abordaje integral del paciente en cada una de las fases del proceso de atención, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y favorecer mayor nivel de autonomía funcional y social, e integrar en dicho modelo nuevas herramientas de gestión que hoy día hacen posible un mejor abordaje conjunto de este tipo de pacientes.

Se requiere redefinir los procesos asistenciales para incluir el diseño de una práctica asistencial equitativa que facilite la captación de pacientes y su priorización de acuerdo con un índice de complejidad o estratificación del riesgo. Este debe incluir distintos factores relacionados con la enfermedad, como la historia clínica, las comorbilidades, el estado funcional o las características socioeconómicas de los pacientes. Esta estratificación permitiría una gestión poblacional de cohortes enteras de pacientes dentro de un programa integral, el cual ayudaría a establecer prioridades y definir tipos de intervenciones distintas adaptadas al nivel de complejidad y a las necesidades de cada colectivo.

Es esencial, por tanto, la coordinación, comunicación e integración entre los distintos profesionales sanitarios encargados del seguimiento de pacientes para potenciar el despliegue de herramientas que faciliten esta integración, como la historia clínica electrónica compartida (fig. 3). El modelo de provisión sociosanitario habitualmente fragmentado dificulta la correcta atención del paciente con infección por VIH.

De la misma forma, el potencial de la tecnología no está siendo suficientemente explotado y puede ser una herramienta que ayude a que el individuo con VIH pueda mejorar su integración social y laboral a través de distintas aplicaciones que le apoyen, por ejemplo, en el cumplimiento terapéutico o en el seguimiento de su enfermedad, entre muchas otras¹³. El uso de las nuevas tecnologías, la teleasistencia o la incorporación de aplicaciones móviles que permitan y faciliten la telemonitorización presenta, por tanto, un amplio recorrido de mejora en el abordaje de los pacientes con infección por VIH^{21,22}.

Asimismo, programas de empoderamiento de pacientes, como el *Paciente experto VIH 2.0*, que ayudan a potenciar la implicación de los pacientes en el cuidado de su salud, tampoco están suficientemente desplegados^{15,23}.

De la misma forma, el potencial de las competencias del rol enfermero está infrautilizado en muchas unidades de VIH a pesar de la evidencia de las repercusiones positivas de los cuidados enfermeros en el seguimiento de las personas con VIH. Una investigación reciente muestra la viabilidad y rentabilidad de una estrategia de autocuidado para la mejora del cumplimiento llevada a cabo por el personal de enfermería²⁴.

En definitiva, existen distintas herramientas o instrumentos de gestión que facilitan la integración de cuidados para ofrecer una mejor atención a los pacientes crónicos, pero su uso y despliegue está aún en diferentes grados de desarrollo en España, lo que provoca una importante variabilidad clínica y organizativa en el abordaje de los pacientes. En muchos casos, iniciativas privadas han suplido déficits del sector sanitario público y ahora trabajan coordinadamente. La fragmentación del actual modelo de cuidados no ayuda a dar una respuesta óptima a los pacientes con infección por VIH.

El actual modelo sanitario se caracteriza por la resolución eficaz de episodios agudos, pero tiene poca capacidad de anticiparse a las complicaciones, que en su mayoría derivan de procesos crónicos. Esta configuración del modelo de atención organizado en torno a diferentes estructuras sanitarias y sociales tiene repercusiones negativas en la evolución clínica del paciente crónico y, por tanto, en los resultados en salud.

Es necesario evolucionar del actual modelo de atención fragmentado y basado en estructuras a una atención integrada basada en «sistemas», que permita mejorar los resultados en salud mediante la integración de los procesos de cuidados a lo largo del proceso de atención. Se trata, en definitiva, de dar coherencia y buscar sinergias entre los diferentes niveles del sistema sanitario para lograr que los cuidados estén menos fragmentados y más coordinados, y sean más eficientes y de mayor calidad (fig. 4).

Aunque este es uno de los cambios estructurales que muchos defienden para hacer más eficiente y sostenible el Sistema Nacional de Salud, hasta el momento pocos lo han acometido y los modelos organizativos que integran las diferentes estructuras sanitarias no consiguen ganar terreno a la organización tradicional por estructuras²⁵.

En este sentido, la investigación en servicios sanitarios y la innovación organizativa es un área que debe explorarse con el fin de encontrar modelos de atención más eficientes y de mayor calidad para los pacientes con infección por VIH.

Conclusión

El cambio en la evolución natural de la infección por VIH ha transformado esta patología en una enfermedad crónica tratable, con una esperanza de vida similar a la de la población general, y requiere un abordaje distinto de los pacientes. Existe un arsenal de gestión (herramientas y formas de actuar) que no se está utilizando de manera generalizada. Esto implica la existencia de variabilidad clínica y geográfica en los cuidados de las personas con VIH. El modelo organizativo actual, basado en la gestión de estructuras que fomentan la fragmentación asistencial y de cuidados, no ayuda a mejorar la atención al pa-

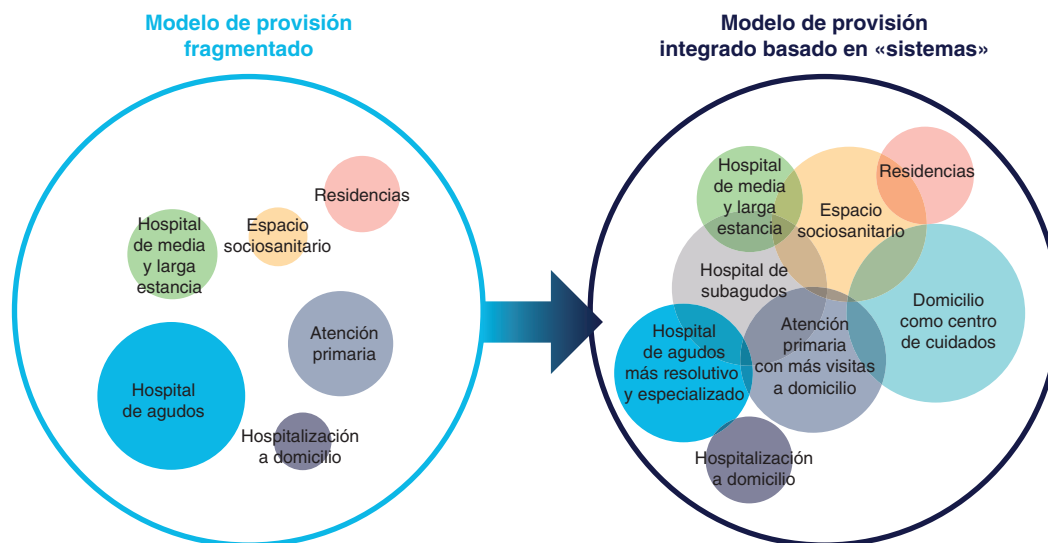


Figura 4. Atención integral basada en «sistemas» en lugar de basarse en un modelo de atención fragmentado. Reproducida con permiso de SiHealth. Tomada de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R; Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1.ª ed. España: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2018.

ciente crónico con infección por VIH. Se detecta la necesidad de trabajar en la definición e implementación de nuevos modelos de atención.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

El autor Josep M. Llibre ha recibido compensaciones por desarrollar actividades docentes y de asesoría, y becas de investigación de ViiV Healthcare, Gilead Sciences, Merck, Sharp & Dohme, Janssen-Cilag y Theratechnologies.

El autor Antonio Rivero ha recibido compensaciones por desarrollar actividades docentes y de asesoría, y becas de investigación de ViiV Healthcare, Gilead Sciences, Merck, Sharp & Dohme, Janssen-Cilag y Abbvie.

Las autoras María José Fuster-Ruizdeapodaca y Emma Fernández declaran que no tienen conflictos de intereses potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

Bibliografía

- Fullman N, Yearwood J, Abay SM, Abbafati C, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;391:2236-71.
- Ramos JM, González-Alcaide G, Gutiérrez F. Análisis bibliométrico de la producción científica española en Enfermedades Infecciosas y en Microbiología. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34:166-76.
- Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis*. 2011;53:1120-6.
- Althoff KN, McGinnis KA, Wyatt CM, Freiberg MS, Gilbert C, Oursler KK, et al. Comparison of risk and age at diagnosis of myocardial infarction, end-stage renal disease, and non-AIDS-defining cancer in HIV-infected versus uninfected adults. *Clin Infect Dis*. 2015;60:627-38.
- Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abdulkader RS, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1260-344.
- Losina E, Hyle EP, Borre ED, Linas CM, Sax PE, Weinstein MC, et al. Projecting 10-yr, 20-yr and Lifetime Risks of Cardiovascular Disease in Persons Living with HIV in the US. *Clin Infect Dis*. 2017;65:1266-71.
- Sabin CA, Reiss P. Epidemiology of ageing with HIV: What can we learn from cohorts? *AIDS*. 2017;31:S121-8.
- Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el SIDA. Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/SIDA. Resultados 2015. Análi-

- sis de la evolución 2000-2015. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/pdf_sida/Informe_Encuesta_hospitalaria_2015_def.pdf.
- Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el SIDA. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Morbimortalidad hospitalaria en pacientes con VIH ingresados en los hospitales del SNS. Análisis del CMBD 2000-2009. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientificotecnico/>.
 - Ingle SM, May MT, Gill MJ, Mugavero MJ, Lewden C, Abgrall S, et al. Impact of risk factors for specific causes of death in the first and subsequent years of antiretroviral therapy among HIV-infected patients. *Clin Infect Dis*. 2014;59:287-97.
 - Kim JH, Psevdos G, Gonzalez E, Singh S, Kilayko MC, Sharp V. All-cause mortality in hospitalized HIV-infected patients at an acute tertiary care hospital with a comprehensive outpatient HIV care program in New York City in the era of highly active antiretroviral therapy (HAART). *Infection*. 2013;41:545-51.
 - Hart BB, Nordell AD, Okulicz JF, Palfreeman A, Horban A, Kedem E, et al. Inflammation-Related Morbidity and Mortality Among HIV-Positive Adults: How Extensive Is It? *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;77:1-7.
 - Blanch J, Cáceres C, Nomdedeu M, Rousaud A, Gómez EJ, García F. Telemedicina y VIH. Intervención en salud en la Red. *UOC Pap* [Internet]. 2007;4. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/>.
 - Gimeno-Gracia M, Crusells-Canales MJ, Armesto-Gomez FJ, Compaired-Turlan V, Rabanque-Hernandez MJ. Polypharmacy in older adults with human immunodeficiency virus infection compared with the general population. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1149-57.
 - Cantudo-Cuenca MR, Jiménez-Galán R, Almeida-Gonzalez CV, Morillo-Verdugo R. Concurrent use of comedication reduces adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected patients. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014;20:844-50.
 - Foy M, Sperati CJ, Lucas GM, Estrella MM. Drug interactions and antiretroviral drug monitoring. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2014;11:212-22.
 - Santoro P, Conde F. Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo. *Revista Multidisciplinaria del Sida*. 2013;1:41-58.
 - Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte AF, et al. High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*. 2017;31:1979-88.
 - McArthur JC, Brew BJ, Nath A. Neurological complications of HIV infection. *Lancet Neurol*. [Internet]. 2005;4:543-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16109361>.
 - Wolff C, Alvarado R, Wolff M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chil Infect*. 2010;27:65-74.
 - May CR, Finch TL, Cornford J, Exley C, Gately C, Kirk S, et al. Integrating telecare for chronic disease management in the community: what needs to be done? *BMC Heal Serv Res*. 2011;11:131.
 - Kirk GD, Himelhoch SS, Westergaard RP, Beckwith CG. Using Mobile Health Technology to Improve HIV Care for Persons Living with HIV and Substance Abuse. *AIDS Res Treat*. 2013:194613.
 - Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés MA. Desarrollo de un programa de paciente experto 2.0 para pacientes VIH+. *Revista Multidisciplinaria del Sida*. 2015;1(6).
 - de Bruin M, Oberjé EJM, Viechtbauer W, Nobel HE, Hilgsmann M, van Nieuwkoop C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a nurse-delivered intervention to improve adherence to treatment for HIV: A pragmatic, multicentre, open-label, randomised clinical trial. *Lancet Infect Dis*. 2017;17:595-604.
 - Kitahata MM. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. *Br Med J*. 2002;325:954-7.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 2. Propuestas de presente y futuro

Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección por VIH

Juan Berenguer^{a,*}, Daniel Álvarez^b, Javier Dodero^c y Amaya Azcoaga^d

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas/VIH, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid, España

^bDirección General, Fundación de la Clínica Universitaria, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

^cContinuidad Asistencial, Quirónsalud Hospitales Públicos, Madrid, España

^dCentro de Salud Los Pintores, Parla, Madrid, España

Palabras clave:

Infección por VIH
Enfermedad crónica
Modelo de cuidado de crónicos
Envejecimiento
Comorbilidad

RESUMEN

Los avances en el tratamiento antirretroviral han hecho posible que la esperanza de vida de las personas infectadas por VIH se aproxime a la de población general. En este nuevo escenario están cobrando protagonismo las comorbilidades relacionadas con la edad y los síndromes geriátricos. Las experiencias de las diferentes iniciativas innovadoras para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas indican que la optimización de los resultados en salud no solo depende de buenos diagnósticos y tratamientos, sino también de la forma en que se organiza y gestiona la asistencia. Si se quieren cubrir las necesidades futuras de los pacientes infectados por VIH, tendrán que implantarse modelos asistenciales que hayan demostrado su efectividad en otro tipo de enfermedades crónicas; para ello será preciso disponer de un método fiable para estratificar a los pacientes según su nivel de complejidad o capacidad funcional con el fin de detectar a los más vulnerables.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

HIV infection follow-up, organisational and management model

ABSTRACT

Thanks to advances in antiretroviral therapy, the life expectancy of people infected with HIV is approaching that of the general population. In this new clinical scenario, comorbidities related to age and geriatric syndromes are gaining prominence. The experiences from various innovative initiatives for the care of patients with chronic diseases indicate that the optimisation of health outcomes not only depends on proper diagnosis and treatment, but also on the way in which care is managed. To cover the future needs of HIV-infected patients, we will have to implement care models that have proven effective in other types of chronic diseases. This will require a reliable method to stratify patients according to their level of complexity or functional capacity to detect the most vulnerable cases.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Keywords:

HIV infection
Chronic disease
Chronic care model
Ageing
Comorbidity

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jbb4@me.com (J. Berenguer).

Introducción

Los avances en el tratamiento antirretroviral (TAR) han hecho posible que la esperanza de vida de las personas infectadas por VIH haya aumentado y se aproxime cada vez más a la de población general³⁻⁵. En este nuevo escenario, en que cada vez es mayor el número de personas que viven y envejecen con el VIH, las enfermedades definitivas de sida han perdido el protagonismo que tenían antaño y han sido desplazadas por las diferentes comorbilidades relacionadas con la edad^{1,2} y por los propios síndromes geriátricos^{6,7}.

Diferentes estudios han mostrado que los episodios cardiovasculares, la diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica, la osteoporosis, el cáncer y el deterioro neurocognitivo son más prevalentes y de aparición más temprana en personas infectadas por VIH que entre la población general⁸⁻¹⁰, y se ha propuesto que la edad de 50 años podría considerarse un punto de corte para definir la edad médicamente avanzada en personas infectadas por VIH¹¹. En este sentido, merece la pena destacar que, en España, la edad de los pacientes con infección por VIH ha experimentado un incremento importante en los últimos 15 años, de manera que los mayores de 50 años han pasado del 7,2% en el año 2001 al 46,3% en el 2016¹².

La etiopatogenia del envejecimiento y las comorbilidades no relacionadas con el VIH en este grupo de población son de naturaleza multifactorial¹³. Contribuyen distintas anomalías producidas por el propio VIH, como activación y senescencia inmunitaria, inflamación y activación endotelial^{14,15}, trastornos que no se corrigen del todo después de la supresión efectiva de la replicación del virus^{16,17}. También contribuye con un peso similar, si no mayor, el estilo de vida, dado que algunos hábitos modificables, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas son más frecuentes entre la población infectada por VIH que entre la población general^{18,19}. Finalmente hay que mencionar el papel de algunas coinfecciones, sobre todo las hepatitis víricas y la infección por el virus del papiloma humano, y la toxicidad de los fármacos antirretrovirales.

Necesidad de un nuevo modelo asistencial para la infección por VIH

Desde el comienzo de la epidemia, los modelos asistenciales para el VIH se han ido modificando a medida que cambiaban las necesidades de los pacientes (fig. 1)²⁰. En los primeros años, la asistencia se centraba en la prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas, el tratamiento de las neoplasias definitivas de sida y los cuidados paliativos. Posteriormente, la aparición de un tratamiento eficaz, pero lastrado por problemas de tolerancia, toxicidad y baja barrera genética para la resistencia exigió de los clínicos una especialización en el TAR para satisfacer estos nuevos retos clínicos. Hoy día, en que el TAR ha evolucionado hacia regímenes simples, eficaces y

poco tóxicos, la mayoría de los pacientes alcanzan y mantienen la supresión completa de la replicación viral, lo que se ha traducido en mejores expectativas de vida y en nuevas demandas asistenciales, como el abordaje de las comorbilidades, la preservación de la función y la optimización de la salud social y psicológica²¹⁻²³, con los elevados costes asistenciales que todo esto conlleva²⁴. Por todo ello, es necesario mejorar el actual modelo de cuidados para atender a esta complejidad de la forma más eficiente posible.

Lecciones aprendidas de la gestión de otras enfermedades crónicas

Durante el siglo xx, las mejoras en higiene y condiciones de vida, así como los avances en prevención y tratamiento de numerosas enfermedades, han aumentado de forma notable la esperanza de vida de las personas, particularmente de aquellas que viven en países con elevados recursos económicos²⁵. Como consecuencia de todo ello, la atención a la cronicidad se ha convertido en un reto para los sistemas sanitarios, incluyendo el Sistema Nacional de Salud de España²⁶.

A lo largo de los últimos 25 años se ha progresado mucho en la gestión de las enfermedades crónicas. En un estudio seminal llevado a cabo en la Universidad de Stanford, un grupo de pacientes con diferentes enfermedades crónicas fue distribuido de manera aleatoria para recibir una formación estructurada para el autocuidado de sus enfermedades o bien para continuar con la asistencia sanitaria habitual²⁷. El estudio confirmó que el programa de autocuidado brindaba beneficios más allá de la asistencia habitual en términos de un mejor estado de salud, reducción de los ingresos hospitalarios y reducción sustancial de los costes de atención médica. Este proyecto fue la piedra angular para la creación del Stanford Patient Education Research Center, que ha desarrollado programas de autocuidado para diferentes enfermedades crónicas evaluados en ensayos clínicos de distribución aleatoria, que han ido incorporándose a diferentes sistemas de salud en Estados Unidos²⁸.

El modelo de cuidado de crónicos (CCM, acrónimo de *Chronic Care Model*) fue desarrollado en la última década del pasado siglo por Edward Wagner et al en el seno del MacColl Center for Healthcare Innovation en Seattle tras comprobar que la práctica de una excelente medicina no era suficiente para obtener buenos resultados en salud ante múltiples comorbilidades y necesidades asistenciales (fig. 2)^{29,30}. Este modelo de cuidados promueve la adopción de recomendaciones clínicas basadas en la evidencia, mejora el trabajo en equipo y faculta a los pacientes a implicarse en su propio cuidado. La clave es la alineación de objetivos asistenciales según las necesidades específicas de cada paciente con desarrollo de un programa terapéutico individualizado. El programa cuenta con la figura de un gestor clínico (por lo general, una enfermera) con una visión generalista sobre aspectos médicos, sociales y logísticos^{29,30}. Dife-

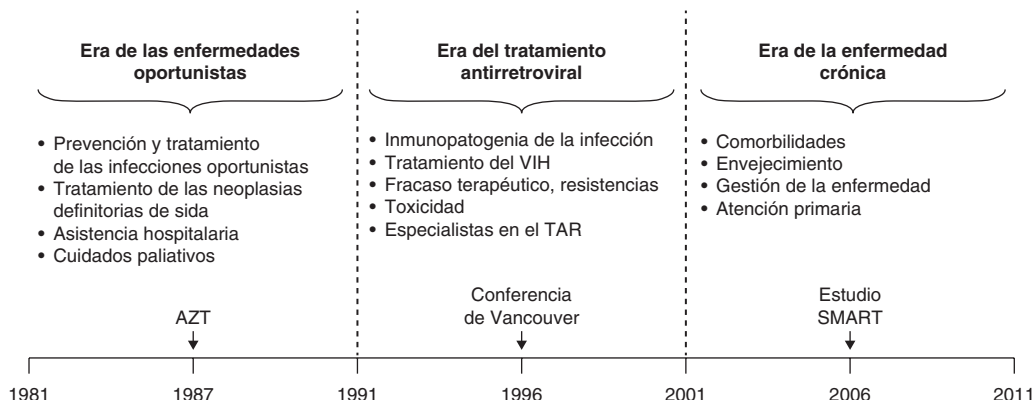


Figura 1. La epidemia de HIV/sida: aspectos clínicos más importantes a lo largo de 3 eras distintas: 1981-2011. Modificada de Chu et al²⁰. AZT: zidovudina; TAR: tratamiento antirretroviral.

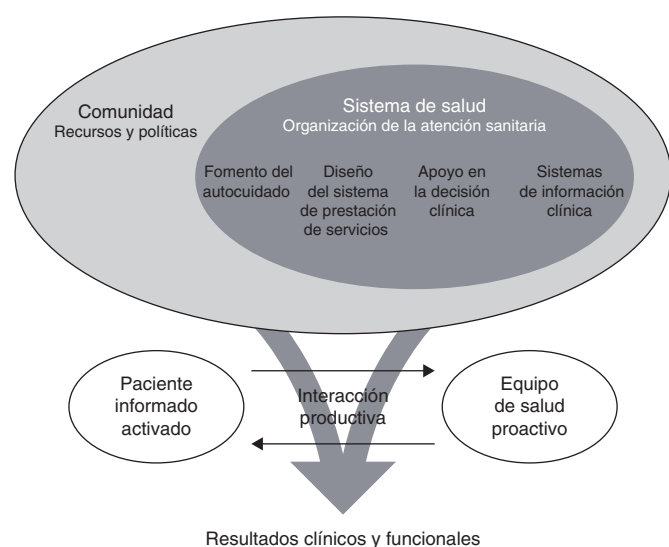


Figura 2. Modelo para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas (Chronic Care Model) desarrollado por Edward Wagner et al en el MacColl Center for Healthcare Innovation^{28,29}.

rentes estudios, incluyendo revisiones sistemáticas, sugieren que este modelo de cuidados mejora los resultados en salud de diferentes enfermedades crónicas, facilita el alta al domicilio y reduce de manera considerable los reingresos y los costes sanitarios³¹⁻³⁶. El modelo no solo es aplicable al abordaje sino también a la prevención de diferentes enfermedades crónicas³⁰. Para implementar el modelo de cuidado de crónicos, el MacColl Center for Healthcare Innovation del Kaiser Permanente Washington Health Research Institute propone desarrollar una serie de intervenciones planificadas, como se muestra en la tabla 1³⁷. Hay pruebas, con distintas enfermedades crónicas, que indican que, cuando solo se desarrollan 1 o 2 de estas intervenciones de forma aislada, los resultados en salud mejoran marginalmente, mientras que, cuando se aplican todas ellas, la mejoría es sustancial³⁴.

Todas las iniciativas mencionadas anteriormente son intervenciones de organización y gestión más que intervenciones clínicas propiamente dichas. Sin embargo, deben desarrollarse conjuntamente entre clínicos y gestores. Es importante señalar que, para la gestión de cuidados de crónicos, resulta básico el establecimiento de un sistema de estratificación de la población para identificar a las personas con riesgo de enfermar y predecir las necesidades de aquellas que ya presentan una enfermedad crónica para así optimizar su atención. Uno de los modelos más ampliamente utilizado es el de Kaiser Permanente con una pirámide que estratifica la población en 4 niveles básicos respecto al abordaje de las enfermedades crónicas (tabla 2)³⁸.

Tabla 1. Intervenciones planificadas para implementar el modelo validado de gestión de enfermedades crónicas

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 las organizaciones sociales y la comunidad

Tabla 2. Estratificación de la población según niveles de complejidad propuesta por Kaiser Permanente

Nivel 0	Población sana o sin ninguna enfermedad crónica, que va a requerir promoción de la salud y prevención de la enfermedad
Nivel 1	Pacientes de baja complejidad, recién diagnosticados sin afectación de órgano, que van a requerir autocuidados
Nivel 2	Pacientes con complejidad moderada, con afectación de órgano, que van a requerir gestión de la enfermedad*
Nivel 3	Pacientes de alta complejidad, con pluripatología y afectación multiorgánica, que van a requerir gestión de casos‡

*Gestión de la enfermedad: el equipo multidisciplinario provee de cuidados de alta calidad basados en la evidencia. Esto significa gestión proactiva de los cuidados siguiendo protocolos acordados y algoritmos para la gestión de enfermedades específicas. Se sustenta en buenos sistemas de información, planificación de cuidados e historias digitalizadas compartidas.

‡Gestión de casos: se precisa un coordinador (enfermera) que gestiona activamente y agrupa los cuidados de estas personas.

Aplicación de los modelos de gestión de las enfermedades crónicas a la infección por VIH

Las experiencias de las diferentes iniciativas innovadoras para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas indican que la optimización de los resultados en salud no solo depende de buenos diagnósticos y tratamientos, sino también de la forma en que se organiza y gestiona la asistencia. Estas experiencias también han mostrado que el modelo de asistencia característico de las enfermedades agudas deja de ser efectivo y eficiente cuando una enfermedad pasa a considerarse crónica. De toda esta experiencia, probablemente puedan extraerse enseñanzas para afrontar debidamente el nuevo escenario asistencial de la infección por VIH con un número creciente de personas con edad avanzada y múltiples comorbilidades, que no solo va a condicionar el aspecto específico del tratamiento antirretroviral¹⁰ sino también, de manera general, el modelo de asistencia sanitaria. Esta tendrá que evolucionar hacia un modelo proactivo y planificado, con implicación de la atención primaria y de otros especialistas de manera parecida a lo que ha sucedido con otras enfermedades crónicas^{7,22,24}. Hay que señalar que todas las experiencias innovadoras descritas en el apartado anterior reconocen la importancia del hospital en la gestión de los enfermos crónicos complejos y, por tanto, la estrategia para la asistencia a pacientes con infección por VIH con estas características continuará contando con el hospital como pieza fundamental.

Existen algunas experiencias en la aplicación de diferentes modelos de gestión de enfermedades crónicas al campo concreto de la infección por VIH, pero son mucho menos numerosas que las que existen para otras enfermedades crónicas³⁹⁻⁴⁴. El modelo de cuidado de crónicos del Centro McColl de Seattle se ha desarrollado en 2 centros que brindan asistencia a una población con gran número de individuos infectados por VIH en situación de marginalidad social en la Columbia Británica canadiense (tabla 3)^{43,44}. En estos centros, la implementación de los 6 aspectos del modelo de cuidado de crónicos mejoró de forma considerable una serie de indicadores de calidad asistencial referentes al cribado de infecciones, medidas preventivas y acceso y efectividad del TAR⁴³.

En España, los pacientes infectados por VIH han recibido tradicionalmente una asistencia excelente, lo que se debe a muchos factores, entre los cuales merece la pena destacar el propio sistema sanitario, el compromiso de los profesionales de la salud, el liderazgo de las sociedades científicas en la elaboración de guías de práctica clínica y la implicación de organizaciones no gubernamentales y asociaciones de pacientes. Sin embargo, si se quieren cubrir las necesidades futuras de los pacientes, tiene que considerarse la implantación de modelos asistenciales que hayan demostrado su efectividad en otro tipo

Tabla 3. Descripción del modelo de cuidados de crónicos adaptado a pacientes infectados por VIH en los centros Vancouver y Prince George de la Columbia Británica

Componente del modelo	Adaptaciones realizadas en los centros
Organización del sistema de cuidados	- Objetivos de calidad asistencial acordados en equipo - Reunión mensual interdisciplinaria para la revisión de pacientes con necesidad de intervención - Empleo del modelo de calidad PDSA
Apoyo a la autogestión por el paciente	- Formación del personal sanitario en autocuidados (formación de formadores) - Formación estructurada de los pacientes en autocuidados - Elaboración y distribución de material formativo adaptado a las diferentes culturas
Sistemas de apoyo a la decisión clínica	- Incorporación de guías clínicas en la historia clínica electrónica - Sesiones para la revisión de las guías clínicas - Desarrollo de alertas para clínicos en la historia clínica electrónica
Rediseño del modelo de prestación	- Enfermeras de práctica avanzada para la monitorización de análisis, cribado de comorbilidades y revisión de las vacunas indicadas - Sistemas de alerta para las faltas de asistencia a las visitas o de realización de análisis de seguimiento - Enfermeras comunitarias con posibilidad de hacer extracciones de sangre en los puntos de asistencia y enlace con otros especialistas - Inclusión de un guía sanitario (<i>peer navigator</i>), frecuentemente otro paciente VIH positivo voluntario
Sistemas de información	- Implementación de la historia clínica electrónica que genera lista de pacientes VIH con información clínica relevante - Estratificación por vulnerabilidad
Recursos comunitarios	- Desarrollo de un comité asesor comunitario para «personas que viven con VIH» - Formalización de alianzas con grupos comunitarios

PDSA, *Plan-Do-Study-Act* (Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar).

de enfermedades crónicas diversas. Muchos centros en las diferentes comunidades autónomas han puesto en marcha algunas de las intervenciones concretas del modelo de gestión de pacientes crónicos descritas anteriormente, pero resultan excepcionales los centros que aplican todas las intervenciones en su conjunto.

Para avanzar hacia un mejor modelo de atención de la infección por VIH en nuestro medio, sería aconsejable el desarrollo de programas piloto con aplicación de modelos de cuidado de crónicos que promuevan de forma coordinada la aplicación de las 6 intervenciones que componen el modelo validado de gestión clínica adaptadas al contexto que nos ocupa (tablas 1 y 3) con el objetivo de evaluar los resultados en salud y, en su caso, generalizar su implementación en todo el país. Como se ha hecho con otras enfermedades crónicas, necesitará contarse con un método que nos permita estratificar a los pacientes según su nivel de complejidad o capacidad funcional para detectar a los más vulnerables, que serían los destinatarios de las estrategias de intervención específicas. Esto también facilitaría la identificación de un grupo importante de pacientes de menor complejidad que podrían ser atendidos en Atención Primaria a través de la telemedicina.

Conclusiones

Los avances en el TAR han hecho posible que la esperanza de vida de las personas infectadas por VIH haya aumentado y se aproxime cada vez más a la de la población general. En este nuevo escenario, en que cada vez es mayor el número de personas que viven y envejecen con el VIH, necesitamos un nuevo modelo para hacer frente a las nuevas demandas asistenciales, como el abordaje de las comorbilidades, la preservación de la función y la optimización de la salud social y psicológica.

En España, los pacientes infectados por VIH han recibido tradicionalmente una asistencia excelente. Sin embargo, las experiencias de las diferentes iniciativas innovadoras para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas indican que la optimización de los resultados en salud no solo depende de buenos diagnósticos y tratamientos, sino también de la forma en que se organiza y gestiona la asistencia. Estas experiencias también han mostrado que el modelo de asistencia característico de las enfermedades agudas deja de ser efectivo y eficiente cuando una enfermedad pasa a considerarse crónica.

Para avanzar hacia un mejor modelo de atención de la infección por VIH en nuestro medio, sería aconsejable el desarrollo de programas que promuevan de forma coordinada la aplicación del modelo validado de gestión clínica de enfermos crónicos, adaptados al contexto que nos ocupa. Dicho modelo promueve la integración de servicios basada en el trabajo profesional de equipos multidisciplinares, potencia la participación del paciente en su propio cuidado y contempla la implicación de las organizaciones sociales y la comunidad.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

Bibliografía

- Effros RB, Fletcher CV, Gebo K, Halter JB, Hazzard WR, Horne FM, et al. Aging and infectious diseases: Workshop on HIV infection and aging: What is known and future research directions. *Clin Infect Dis.* 2008;47:542-53.
- Masia M, Padilla S, Alvarez D, Lopez JC, Santos I, Soriano V, et al. Risk, predictors, and mortality associated with non-AIDS events in newly diagnosed HIV-infected patients: Role of antiretroviral therapy. *AIDS.* 2013;27:181-9.
- Legarth RA, Ahlstrom MG, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen C, Pedersen G, et al. Long-Term Mortality in HIV-Infected Individuals 50 Years or Older: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;71:213-8.
- Wandeler G, Johnson LF, Egger M. Trends in life expectancy of HIV-positive adults on antiretroviral therapy across the globe: comparisons with general population. *Curr Opin HIV AIDS.* 2016;11:492-500.
- Trickey A, May MT, Vehreschild J-J, Obel N, Gill MJ, Crane HM, et al. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: A collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV.* 2017;4:e349-e56.
- Hasse B, Ledergerber B, Furrer H, Battegay M, Hirsche B, Cavassini M, et al. Morbidity and aging in HIV-infected persons: The Swiss HIV cohort study. *Clin Infect Dis.* 2011;53:1130-9.
- Singh HK, Del Carmen T, Freeman R, Glesby MJ, Eugenia LS. From One Syndrome to Many: Incorporating Geriatric Consultation into HIV Care. *Clin Infect Dis.* 2017;65:501-6.
- Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis.* 2011;53:1120-6.
- Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, van der Valk M, Geerlings SE, et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and

- their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: the AGEHIV cohort study. *Clin Infect Dis.* 2014;59:1787-97.
10. Gallant J, Hsue PY, Shreay S, Meyer N. Comorbidities Among US Patients With Prevalent HIV Infection-A Trend Analysis. *J Infect Dis.* 2017;216:1525-33.
 11. Blanco JR, Jarrin I, Vallejo M, Berenguer J, Solera C, Rubio R, et al. Definition of advanced age in HIV infection: Looking for an age cut-off. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2012;28:1000-6.
 12. Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Encuesta Hospitalaria de Pacientes con VIH/sida. Resultados 2016/2016 Abril 2, 2018. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2016DEF.pdf>.
 13. Pathai S, Bajjallan H, Landay AL, High KP. Is HIV a model of accelerated or accentuated aging? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014;69:833-42.
 14. The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *N Engl J Med.* 2006;355:2283-96.
 15. Kuller LH, Tracy R, Bellosso W, De Wit S, Drummond F, Lane HC, et al. Inflammatory and coagulation biomarkers and mortality in patients with HIV infection. *PLoS Med.* 2008;5:e203.
 16. Neuhaus J, Jacobs DR, Jr., Baker JV, Calmy A, Duprez D, La Rosa A, et al. Markers of inflammation, coagulation, and renal function are elevated in adults with HIV infection. *J Infect Dis.* 2010;201:1788-95.
 17. Deeks SG. HIV infection, inflammation, immunosenescence, and aging. *Annu Rev Med.* 2011;62:141-55.
 18. Frazier EL, Sutton MY, Brooks JT, Shouse RL, Weiser J. Trends in cigarette smoking among adults with HIV compared with the general adult population, United States - 2009-2014. *Prev Med.* 2018;111:231-4.
 19. Galvan FH, Bing EG, Fleishman JA, London AS, Caetano R, Burnam MA, et al. The prevalence of alcohol consumption and heavy drinking among people with HIV in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *J Stud Alcohol.* 2002;63:179-86.
 20. Chu C, Selwyn PA. An epidemic in evolution: The need for new models of HIV care in the chronic disease era. *J Urban Health.* 2011;88:556-66.
 21. Justice AC. HIV and aging: time for a new paradigm. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2010;7:69-76.
 22. Greene M, Justice AC, Lampiris HW, Valcour V. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. *JAMA.* 2013;309:1397-405.
 23. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, Sighem Av, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: A modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2015;15:810-8.
 24. van der Valk M, Reiss P. Noncommunicable Diseases in People Living With HIV: Time for Integrated Care. *J Infect Dis.* 2017;216:1481-3.
 25. Jones DS, Podolsky SH, Greene JA. The burden of disease and the changing task of medicine. *N Engl J Med.* 2012;366:2333-8.
 26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud 2012; 22 de abril de 2018. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.
 27. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Jr., Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care.* 1999;37:5-14.
 28. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26:1-7.
 29. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1:2-4.
 30. Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *Milbank Q.* 2001;79:579-612, iv-v.
 31. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. *JAMA.* 2002;288:1909-14.
 32. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA.* 2002;288:1775-9.
 33. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2006;166:1822-8.
 34. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood).* 2009;28:75-85.
 35. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood).* 2011;30:746-54.
 36. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:194.
 37. MacColl Center for Healthcare Innovation. Disponible en: <http://maccollcenter.org>.
 38. Zhou YY, Wong W, Li H. Improving care for older adults: A model to segment the senior population. *Perm J.* 2014;18:18-21.
 39. Providing HIV/AIDS care in a changing environment. Self-management and the chronic care model. *HRSA Careaction.* 2006:1-8.
 40. Pasricha A, Deinstadt RT, Moher D, Killoran A, Rourke SB, Kendall CE. Chronic Care Model Decision Support and Clinical Information Systems interventions for people living with HIV: A systematic review. *J Gen Intern Med.* 2013;28:127-35.
 41. Chetty V, Hanass-Hancock J. A rehabilitation model as key to comprehensive care in the era of HIV as a chronic disease in South Africa. *AIDS Care.* 2016;28 Suppl 1:132-9.
 42. Metsch LR, Feaster DJ, Gooden L, Matheson T, Stitzer M, Das M, et al. Effect of Patient Navigation With or Without Financial Incentives on Viral Suppression Among Hospitalized Patients With HIV Infection and Substance Use: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;316:156-70.
 43. Tu D, Belda P, Littlejohn D, Pedersen JS, Valle-Rivera J, Tyndall M. Adoption of the chronic care model to improve HIV care: In a marginalized, largely aboriginal population. *Can Fam Physician.* 2013;59:650-7.
 44. Broughton EI, Muhire M, Karamagi E, Kisamba H. Cost-effectiveness of implementing the chronic care model for HIV care in Uganda. *Int J Qual Health Care.* 2016;28:802-7.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Conclusiones. La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos

Julia del Amo^{a,b} y José Antonio Pérez-Molina^{c,*}

^aCentro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^bCentro de Investigación Biomédica en Red, Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^cServicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

La infección por VIH continúa siendo un problema de salud pública en España de primer orden, tanto por su magnitud y evolución temporal como por sus consecuencias sanitarias, sociales y económicas. A pesar de ello, este informe constata cómo desde las diferentes administraciones estatales, autonómicas y municipales la respuesta ha perdido vigor y capacidad de adaptación a la compleja y cambiante realidad de la epidemia. Desde diversos sectores se considera que la infección por VIH es un problema del pasado a pesar de que el número de nuevos diagnósticos se mantiene estable (en torno a 3.200 anuales) y no se ha logrado reducir en hombres que tienen sexo con hombres. A esto hay que sumar que casi la mitad de los casos se diagnostica tarde, especialmente en personas infectadas por vía heterosexual y parenteral, mayores de 50 años e inmigrantes, lo que conlleva una peor evolución clínica, menor esperanza y calidad de vida y mayor coste asistencial.

Se estima que el 34% de las personas infectadas no tienen su carga viral suprimida, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar en todas las fases de la cascada asistencial y muy especialmente en la disminución de la fracción no diagnosticada (estimada en el 18% en nuestro país). Estas personas que están infectadas, pero desconocen su situación, son responsables del 50% de las nuevas infecciones. Por ello es tan importante el diagnóstico y tratamiento precoces, que son la estrategia preventiva más eficiente. Avanzar en la cascada, además, pasa por superar las barreras que dificultan el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento para mejorar la disponibilidad y accesibilidad a las pruebas de VIH en entornos comunitarios más próximos a las poblaciones clave y para incidir en la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios en el marco de la Atención Primaria y Especializada. En el caso concreto de los inmigrantes en situación irregular, las barreras administrativas, culturales y lingüísticas, así como la falta de homogeneidad de los trámites en las diferentes Comunidades Autónomas, con frecuencia retrasan o llegan a impedir la atención.

Para mejorar este escenario, se recomienda revisar y actualizar los criterios de la oferta habitual de la serología frente al VIH propuestos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), potenciar el despliegue y la implementación efectiva de las recomendaciones de cribado elaboradas por el MSSSI en el entorno clínico y valorar la idoneidad de complementar este cribado con distintos programas en el ámbito comunitario. También se requieren nuevos pun-

tos de vista en prevención, especialmente en los colectivos de mayor incidencia, como las estrategias de cambio de conductas, que usan enfoques educativos y motivacionales, e incluyen el consejo asistido, las estrategias de reducción de daños y las campañas de sensibilización y concienciación. A todo esto hay que añadir la principal intervención biomédica actual, es decir, la profilaxis preexposición (PrEP).

En un abordaje integral de la infección por VIH no pueden olvidarse los determinantes sociales y, muy especialmente, el estigma. España carece de una estrategia global clara y un compromiso social explícito sobre cómo abordar la respuesta a la infección por VIH, estrategia que, además, requiere una fuerte implicación y liderazgo políticos y financiación para los programas existentes y las nuevas medidas que se implementen. Las consecuencias de estas carencias se traducen en una epidemia aún no controlada (y sin visos de que vaya a estarlo a medio plazo) y en el incumplimiento de los compromisos internacionales asumidos. El estigma y la discriminación que conlleva la condición de infectado por VIH es una realidad en España y uno de los mayores obstáculos para alcanzar una respuesta adecuada a la epidemia, que se traduce en prejuicios y actitudes negativas hacia las personas con VIH en los planos individual e institucional. Por ello, dentro de los objetivos adoptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020 («90-90-90») se encuentra también el de llegar a «cero discriminación». Asimismo, la propuesta de ir más allá de la supresión viral ha alumbrado «el cuarto 90», que pretende lograr una buena calidad de vida de las personas con VIH.

El éxito del tratamiento antirretroviral en el control de la infección ha producido un efecto natural, como es el envejecimiento progresivo de la población con VIH. Este proceso de envejecimiento, no obstante, estaría acelerado en comparación con la población general y se asociaría con un incremento de la fragilidad de los pacientes. Hacerse mayor también implica sufrir otras comorbilidades. Por estos motivos, la población con VIH de más edad se está convirtiendo en un colectivo cada vez más numeroso, complejo y con necesidades asistenciales específicas.

La marcada transformación de la historia natural del VIH debido al éxito del tratamiento antirretroviral requiere un abordaje distinto de los pacientes. El modelo de cuidados basado en una enfermedad aguda tratada por especialistas hospitalarios ha quedado desfasado. Es necesario adaptar el modelo de asistencia con otro centrado en el paciente y que se base en una atención integrada, holística, multidis-

ciplinar y proactiva. La estratificación del riesgo de los pacientes y la definición de perfiles específicos se impone como una necesidad para la mejor atención y asignación de recursos. Existe un arsenal de herramientas de gestión y formas de actuar que no se está utilizando de manera generalizada. Si bien hay ejemplos extraordinarios en el ámbito del VIH, estos son parciales y de aplicación local. Además, existe una gran variabilidad clínica y geográfica en los cuidados de las personas infectadas por VIH que cuestiona la equidad territorial en salud. Es necesario, por tanto, trabajar en el desarrollo y aplicación de un modelo validado de gestión clínica de enfermos crónicos. Dicho modelo promueve la integración de servicios basada en el trabajo profesional de equipos multidisciplinarios, potencia la participación del paciente en su propio cuidado y contempla la implicación de las organizaciones sociales y la comunidad.

No hay que olvidar que los avances descritos en el campo del VIH son fruto de la investigación a todos los niveles realizada en los últimos 30 años, en la que nuestro país ha desempeñado un papel protagonista. Sin embargo, la investigación sobre el VIH en España se ha visto afectada notablemente debido a la desinversión que comenzó en el año 2009. Los efectos negativos de esta política, si no se revierte de forma urgente y decidida, se notarán durante décadas, en las cuales nuestro país se verá relegado a una posición irrelevante y dependiente. Es necesaria una política firme que apueste por la I+D+i en el campo de la salud y especialmente del VIH, como forma de mejorar el bienestar de los ciudadanos y como inversión de futuro.

Para finalizar, en este monográfico queremos destacar que, si no se toman medidas entre todos los actores sanitarios, es previsible que en el futuro se produzca un incremento significativo en los costes totales de la atención de las personas que viven con VIH debido al aumento progresivo de la población infectada, al incremento de su complejidad y a un modelo de atención ineficiente que necesita renovarse. Además, los compromisos internacionales de eliminar la infección por VIH en 2030 están en peligro como consecuencia de la reducción de la inversión y la falta de liderazgo político y técnico. Al mismo tiempo, este trabajo propone las soluciones que deben implementarse y que están ampliamente avaladas por los organismos internacionales. Los autores de esta monografía creemos que es posible optimizar la respuesta frente al VIH en España.

Fuentes de financiación

Este suplemento ha sido patrocinado por ViiV Healthcare.

Conflicto de intereses

La autora Julia del Amo ha recibido honorarios por asesoría científica y conferencias de MSD, ViiV Healthcare y Gilead.

El autor José Antonio Pérez-Molina ha recibido honorarios por asesoría científica o fondos para investigación de ViiV Healthcare, Gilead, Janssen y MSD.



Este suplemento se distribuye con el apoyo de ViiV Healthcare