



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Editorial

Consecuencias nefastas para la epidemia de virus de la inmunodeficiencia humana en España a raíz del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular: ahorra hoy y pagarás mañana

Adverse consequences for the human immunodeficiency virus epidemic in Spain following the new legal health framework on the illegal immigrants – save today and pay more tomorrow

Julio S.G. Montaner

University of British Columbia; St. Paul's Hospital, Providence Healthcare; International AIDS, Vancouver, Canadá

La expectativa de vida de los individuos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha cambiado de forma profunda con el advenimiento de los esquemas combinados de terapia antirretroviral (TAR) introducidos en la Conferencia Internacional de Sida en Vancouver en 1996¹⁻³. A partir de allí, el VIH/sida dejó de ser una sentencia de muerte a corto plazo y pasó a ser una enfermedad crónica y manejable con una calidad de vida preservada y con una longevidad estimada en no menos de 5 décadas⁴⁻⁶.

La TAR frena la replicación viral de forma rápida, permitiendo que el sistema reticuloendotelial se deshaga de las partículas virales residuales, con lo que la carga viral plasmática se hace indetectable en unas pocas semanas. Esto permite que se recupere la función inmunológica, con lo cual la enfermedad entra en un estado de remisión completa a largo plazo, el cual se mantendrá en tanto que se continúe el tratamiento en forma ininterrumpida. Así es que la TAR previene la morbilidad asociada al VIH/sida, y también permite que los individuos infectados se restituyan a sus actividades normales, incluyendo sus contribuciones a la sociedad⁷. Basado en estas consideraciones, se reconoce que desde el punto de vista del coste-beneficio la TAR es altamente favorable⁸, y por lo tanto está completamente financiado por nuestro programa en la provincia de British Columbia, en Canadá.

A los pocos años de iniciar el programa de terapia antirretroviral combinada en British Columbia, nos llamó la atención una caída de las nuevas infecciones por VIH. Esto sucedió al mismo tiempo que se registraba un aumento sostenido de los casos de sífilis en la provincia. También durante este período experimentamos una caída marcada de la transmisión vertical del VIH, como resultado del TAR de las mujeres infectadas durante el embarazo⁹. La evidencia epidemiológica fue complementada por estudios de

la carga viral en el semen en individuos no tratados, demostrando que esta predice en forma proporcional la transmisión sexual de la infección¹⁰. Simultáneamente surgió evidencia de que la TAR disminuye rápidamente la carga viral en los líquidos sexuales a valores indetectables en la gran mayoría de los tratados^{11,12}. Asimismo, nuestros estudios ecológicos apoyaron esta hipótesis a nivel poblacional, no solo en lo que se refiere a la transmisión sexual, sino también a la transmisión parenteral en los usuarios de drogas intravenosas^{13,14}. Usando modelos matemáticos y demográficos concluimos que el uso generalizado de la TAR en una jurisdicción determinada podría virtualmente eliminar la epidemia en una generación¹⁵⁻¹⁷. El «tratamiento como prevención» vino entonces a alterar en forma altamente significativa el valor del tratamiento desde el punto de vista del coste-beneficio⁸. Hoy aceptamos que el «tratamiento como prevención» hace que la inversión en la búsqueda de casos, y la TAR precoz en última instancia, reduzcan el gasto público. Estos resultados fueron corroborados de forma independiente por investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{18,19}. Más recientemente, el valor del «tratamiento como prevención» ha sido confirmado de forma definitiva en un estudio prospectivo aleatorizado que demostró que el uso inmediato de la TAR disminuye la progresión de la enfermedad en un 41% y la transmisión sexual del VIH en un 96%²⁰.

La experiencia acumulada de forma prospectiva por nuestro programa ha confirmado el valor a nivel poblacional del «tratamiento como prevención»: como prevención de la morbilidad, así como también de la transmisión del virus²¹. Desde el año 1996 hemos visto una disminución de más del 85% en la morbilidad en los infectados en la provincia de British Columbia. Al mismo tiempo hemos documentado una reducción de más del 60% en el número de nuevos casos de infección por VIH diagnosticados por año²¹. El gobierno de la provincia de British Columbia, alentado por estos resultados, ha decidido aumentar la inversión en el cribado y el tratamiento, ya que la misma genera ahorros a corto y a medio plazo, los cuales se amplifican en forma marcada con el tiempo⁸.

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.07.004>
 Correo electrónico: drjm@cfenet.ubc.ca

Hoy, las guías terapéuticas de la International AIDS Society-USA²², así como también las del US-Department of Human Health and Services (DHHS)²³ y de la OMS²⁴, han incorporado el «tratamiento como prevención». Resulta desconcertante entonces que en 2012, cuando las agencias internacionales firmemente aprueban el «tratamiento como prevención» como el arma más prometedora en la lucha contra el VIH/sida²⁵, por razones políticas, probablemente fomentadas por motivaciones populistas y sin base racional alguna, el gobierno español se dispone a marchar contra corriente y, en última instancia, contra el interés de su propio pueblo.

La evidencia acumulada en las últimas 2 décadas demuestra de forma fehaciente que al negar el acceso a los servicios médicos y terapéuticos a los inmigrantes en situación irregular infectados con VIH en España, se contribuirá a aumentar la morbimortalidad de estos individuos, lo que incrementará la presión sobre los recursos hospitalarios. Mucho más preocupante aún es que facilitará la transmisión del virus, y esta no será restringida a los inmigrantes, ya que a la hora de transmitirse, el virus —a diferencia del gobierno— no discrimina por factores étnicos. En última instancia, estas medidas no solo serán devastadoras para los inmigrantes infectados por el VIH, y para el control de la epidemia, sino que también tendrán el efecto económico opuesto.

En este contexto, aplaudo el informe del Comité de Expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) analizando el impacto del Nuevo Marco Legal Sanitario Sobre los Inmigrantes en Situación Irregular²⁶. De forma elegante y detallada, el informe demuestra que los inmigrantes no hacen uso desproporcionado del sistema sanitario y de los servicios sociales cuando se los compara con la población autóctona. Que los inmigrantes responden de forma efectiva a la TAR. Que el nuevo marco legal podría dejar desatendidos entre 1.500 y 8.700 pacientes, y que los mismos generarían un aumento significativo de la morbimortalidad. Así como también, este generaría un aumento de la incidencia doméstica del VIH. Y en última instancia un mayor costo de salud.

No cabe duda que España atraviesa uno de los momentos más difíciles de su historia a raíz de la crisis económica. Asimismo, es perfectamente claro que España tiene el derecho de establecer políticas de inmigración de forma autónoma. Sin embargo, el nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes infectados con VIH y que están en situación irregular es inaceptable no solo desde el punto de vista ético, sino también porque esta estrategia es miope cuando se consideran sus consecuencias nefastas a nivel de la salud individual, de la salud pública y desde el punto de vista económico, a corto y a largo plazo. El mensaje es claro: cuando se trata de combatir la epidemia de VIH/sida, ahorra un poco hoy y pagarás mucho más mañana.

Bibliografía

- Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, Hirsch MS, Jacobsen DM, Katzenstein DA, et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an international panel. *International AIDS Society-USA. JAMA.* 1996;276:146–54.
- Gulick RM, Mellors JW, Havlir D, Eron JJ, Gonzalez C, McMahon D, et al. Treatment with indinavir, zidovudine, and lamivudine in adults with human immunodeficiency virus infection and prior antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 1997;337:734.
- Montaner JS, Reiss P, Cooper D, Vella S, Harris M, Conway B, et al. A randomized, double-blind trial comparing combinations of nevirapine, didanosine, and zidovudine for HIV-infected patients: the INCAS Trial. *JAMA.* 1998;279:930–7.
- Hogg RS, O'Shaughnessy MV, Gataric N, Craib K, Schechter MT, Montaner JSG. Decline in deaths from AIDS due to new antiretrovirals. *Lancet.* 1997;349:1294.
- Hogg RS, Heath KV, Yip B, Craib KJP, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, et al. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA.* 1998;279:450–4.
- The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet.* 2008;372:293–9.
- Walensky RP, Paltiel AD, Losina E, Mercincavage LM, Schackman BR, Sax PE, et al. The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis.* 2006;194:11–9.
- Johnston KM, Levy A, Lima VD, Hogg RS, Tyndall MW, Gustafson P, et al. Expanding access to HAART: a cost-effective approach for treating and preventing HIV. *AIDS.* 2010;24:1929–35.
- Sturt AS, Dokubo EK, Sint TT. Antiretroviral therapy (ART) for treating HIV infection in ART-eligible pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;3:CD008440.
- Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. for the Rakai Project Study Group. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med.* 2000;342:921–9.
- Vernazza PL, Gilliam BL, Flepp M, Dyer JR, Frank AC, Fiscus SA, et al. Effect of antiviral treatment on the shedding of HIV-1 in semen. *AIDS.* 1997;11:1249–54.
- Cu-Uvin S, Caliendo AM, Reinert S, Chang A, Juliano-Remollino C, Flanagan TP, et al. Effect of highly active antiretroviral therapy on cervicovaginal HIV-1 RNA. *AIDS.* 2000;14:415–21.
- Wood E, Kerr T, Marshall BDL, Li K, Zhang R, Hogg RS, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ.* 2009;338:342, 10.1136/bmj.b1649 b1649.
- Volkow N, Montaner J. Enhanced HIV testing, treatment, and support for HIV-infected substance users. *JAMA.* 2010;303:1423–4.
- Wood E, Braitstein P, Montaner JSG, Schechter MT, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, et al. Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 2000;355:2095–100.
- Montaner JS, Hogg R, Wood E, Kerr T, Tyndall M, Levy AR, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet.* 2006;368:531–6.
- Lima VD, Johnston K, Hogg RS, Levy AR, Harrigan PR, Anema A, et al. Expanded access to highly active antiretroviral therapy: a potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic. *J Infect Dis.* 2008;198:59–67.
- Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet.* 2008;373:48–57.
- Granich R, Kahn JG, Bennett R, Holmes CB, Garg N, Serenata C, et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011–2050. *PLoS ONE.* 2012;7, 10.1371/journal.pone.030216,030216.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365:493–505.
- Montaner JSG, Lima VD, Barrios R, Yip B, Wood E, Kerr T, et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *Lancet.* 2010;376:532–9.
- Thompson MA, Aberg JA, Hoy JF, Telenti A, Benson C, Cahn P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection 2012. Recommendations of the International Antiviral Society—USA Panel. *JAMA.* 2012;308:387–402.
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services [consultado 30 Ago 2012]. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>
- WHO. Programmatic Update: Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Fauci A. Plenary: Ending the Epidemic: Turning the Tide Together XIX International AIDS Conference July 23, 2012 2012 [consultado 30 Ago 2012]. Disponible en: <http://pag.aids2012.org/flash.aspx?pid=1559>
- Perez-Molina JA. 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. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:472–8.