

COMENTARIO

¿Es realmente eliminar la Epidemia de VIH para el 2030?

Dr. Carlos Mejía Villatoro

Jefe de Departamento de Medicina y Clínica de
Enfermedades Infecciosas. Hospital Roosevelt.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUSIDA han planteado y promovido la idea de que podemos eliminar la epidemia de Sida para el 2030, si aplicamos los modelos de Adherencia, tomando en cuenta el Continuum de la Atención integral y la Cascada, propuesta por investigadores estadounidenses y canadienses desde el año 2010-2011, podríamos en el caso de identificar al 90% de las personas que viven con VIH para que sepan su diagnóstico, asegurando su permanencia en los centros de atención integral, en los cuales al menos 90% de ellos deben haber iniciado terapia antiretroviral (TAR), y que además el 90% de los que están en TAR alcancen niveles indetectables de carga viral, puede interrumpirse la cadena de transmisión y controlar la epidemia. (1,2,3).

Dado que las personas con cargas virales menores de 1,000 copias/ml no transmiten el VIH a sus parejas, o lo hacen en muy raras ocasiones, se considera desde esta perspectiva al TAR, como una forma efectiva de prevención de la transmisión del virus. Para poder implementar estas intervenciones y alcanzar las meta del 90-90-90, como lo recomiendan OMS y ONUSIDA, se requiere cambiar y ampliar las políticas de detección actuales, así como crear toda la infraestructura necesaria para tamizar al menos al menos unas 10 veces más de los que los países hacen actualmente y luego tratar al menos a 15 millones de personas más, con todos los retos logísticos y financieros que ello demanda. (4,5).

Ahora que los recursos del Fondo Mundial son cada día más limitados y muchos países están atravesando severas crisis políticas y financieras, parece una tarea muy difícil de alcanzar. En Guatemala esta tarea es aún más complicada, pues los recursos necesarios para realizar esta tarea, simplemente no están disponibles. No se cuenta con los recursos para contar con la prueba de tamizaje en todos los servicios de salud en los tres niveles, que sería lo mínimo para poder alcanzar estas metas y no limitar los recursos externos

para apoyar a poblaciones clave, como detección en Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o población trans, dado que muchas personas estarán consultando en las fases iniciales del Sida, sin que sus síntomas sean relacionados con la infección VIH. La educación de los trabajadores de salud de los tres niveles en el reconocimiento de las fases tempranas del Sida, es importante para no perder oportunidades de tamizaje, de las persona que ya acuden a los servicios de salud. (6) La formación de nuevas clínicas de atención integral de menor complejidad, para el manejo de los casos menos complejos de manera temprana o bien los casos de personas que ya se encuentran estables desde hace muchos años, puede facilitar el acceso al diagnóstico y tratamiento de este grupo poblacional, que en general se encuentra relativamente desatendido u oculto, por la falta de sospecha clínica o por la falta de pruebas rápidas para el diagnóstico de la infección VIH. (7)

Por otro lado, el monitoreo de los marcadores de éxito del tratamiento, tales como carga viral, conteos de CD4 y el acceso a pruebas de resistencia a los antiretrovirales, aun está lejos de ser alcanzado de manera regular, pues los períodos de desabastecimiento aún siguen ocurriendo, lo cual nos retrasa la detección temprana de fallos al tratamiento, y llegar a la meta de 90% de personas en TAR, no detectables para carga viral, como lo propone la estrategia del 90-90-90. (7,8) Sin cambios substanciales en la manera de abordar la epidemia en todo el país y sin la coordinación que debiera haber entre Seguro Social, Salud Pública, Sanidad Militar y Sector Privado, será muy difícil alcanzar estas metas, pues aun los protocolos de diagnóstico y tratamiento no están unificados en todos los sectores. (8,9)

Deberá fortalecerse la respuesta de la Atención integral en todo el país, para que los resultados en todas las clínicas de atención, sean similares, y no como mostro el diagnóstico de la Adherencia del año 2014, que evaluó a todas las clínicas a diciembre del 2013, en donde se pudo establecer

lo heterogéneo de la respuesta y éxito del TAR, medido por carga viral no detectable, mostraba clínicas con niveles por debajo del 20%, en tanto las clínicas de referencia superaban el 85%. Una tarea enorme si pretende que para el 2020 dupliquemos la cifra actual de personas en TAR, sin considerar los sitios donde se realizara, los profesionales que la brindaran, los recursos financieros para realizarlo, realmente una tarea complicada, en un país en que todo es urgente y los recursos escasos. (10, 11)

Deberemos continuar esforzándonos, pero más que hacer declaraciones políticamente correctas, deberemos empezar a ampliar la respuesta con recursos del país y no esperar que a largo plazo nuestras obligaciones, se cumplan basados en recursos externos, que son bienvenidos, pero que debe ser nuestra respuesta principal para los problemas de salud.

Referencias

1. Programa VIH/SIDA, ONUSIDA, editors. Marco de acción del tratamiento 2.0: impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2011.
2. COMISCA-MCR : Estrategia de sostenibilidad 2013, de los avances de Centroamerica y Republica Dominicana hacia el Acceso Universal a la Prevencion, Tratamiento y el Apoyo relacionados con el VIH. Abril 2013.
3. WHO. Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. WHO, London, 2013.
4. OMS-OPS. Marco del Monitoreo del Continuo de la Atención Integral al VIH, 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH.
5. Thompson MA, Mugavero MJ, Amico KR, Cargill VA, Chang LW, Gross R, et al. Guidelines for improving entry into and retention in care and antiretroviral adherence for persons with HIV: evidence-based recommendations from an International Association of Physicians in AIDS Care panel. *Ann Intern Med* [Internet]. 2012 Jun 5 [cited 2014 Jun 8];156(11):817–33, W–284, W–285, W–286, W–287, W–288, W–289.
6. Michael A. Horberg, Judith A. Aberg, Laura W. Cheever, Philip Renner, Erin O'Brien Kaleba, and Steven M. Asch. Development of National and Multiagency HIV Care Quality Measures. *CID* 2010;51 (15 September), 732-738.
7. Aldana E, Mejía C, Chocó A. Evaluación del cumplimiento de los criterios de la Asociación Médica de VIH (HIVMA) de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) para el manejo de pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Unidades de atención integral de Gua. Congreso Centroamericano de Medicina interna, Antigua Guatemala. Antigua Guatemala; 2014.
8. Mejía C, Pinzon R, Romero M, Samayoa J, Boror E, González A, et al. Retention in care in patients receiving ART at Roosevelt Hospital (2001-2012). *ECCMID*, Barcelona May 2014. Barcelona; 2014.
9. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2004.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social C. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida, Guatemala 2011-2015. Guatemala; 2011.
11. Carlos Mejia, Ericka Boror, Aura Gonzalez, Andre Choco, Carlos Flores, Roberto Leon, Lucrecia Castillo. La Cascada de la adherencia a la atención integral al tratamiento antirretroviral en Guatemala y factores institucionales que influyen en su evaluación. En proceso de publicación.