



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



## Editorial

1 Consecuencias nefastas para la epidemia de virus de la inmunodeficiencia  
2 humana en España a raíz del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes  
3 q1 en situación irregular: ahorra hoy y pagarás mañana

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

1 q2 Julio S.G. Montaner

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

9 La expectativa de vida de los individuos infectados por el virus  
10 de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha cambiado de forma pro-  
11 funda con el advenimiento de los esquemas combinados de terapia  
12 antirretroviral (TAR) introducidos en la Conferencia Internacional  
13 de Sida en Vancouver en 1996<sup>1-3</sup>. A partir de allí, el VIH/sida dejó  
14 de ser una sentencia de muerte a corto plazo y pasó a ser una enfer-  
15 medad crónica y manejable con una calidad de vida preservada y  
16 con una longevidad estimada en no menos de 5 décadas<sup>4-6</sup>.

17 La TAR frena la replicación viral de forma rápida, permitiendo  
18 que el sistema reticuloendotelial se deshaga de las partículas virales  
19 residuales, con lo que la carga viral plasmática se hace indetectable  
20 en unas pocas semanas. Esto permite que se recupere la función  
21 inmunológica, con lo cual la enfermedad entra en un estado de  
22 remisión completa a largo plazo, el cual se mantendrá en tanto que  
23 se continúe el tratamiento en forma ininterrumpida. Así es que la  
24 TAR previene la morbilidad asociada al VIH/sida, y también  
25 permite que los individuos infectados se restituyan a sus activida-  
26 des normales, incluyendo sus contribuciones a la sociedad<sup>7</sup>. Basado  
27 en estas consideraciones, se reconoce que desde el punto de vista  
28 del coste-beneficio la TAR es altamente favorable<sup>8</sup>, y por lo tanto  
29 está completamente financiado por nuestro programa en la provin-  
30 cia de British Columbia, en Canadá.

31 A los pocos años de iniciar el programa de terapia antirretro-  
32 viral combinada en British Columbia, nos llamó la atención una  
33 caída de las nuevas infecciones por VIH. Esto sucedió al mismo  
34 tiempo que se registraba un aumento sostenido de los casos de  
35 sífilis en la provincia. También durante este período experimen-  
36 tamos una caída marcada de la transmisión vertical del VIH, como  
37 resultado del TAR de las mujeres infectadas durante el embarazo<sup>9</sup>.  
38 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 infección<sup>10</sup>. 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<sup>11,12</sup>. Asi-  
mismo, 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<sup>13,14</sup>. Usando modelos matemáticos y demográficos  
concluimos que el uso generalizado de la TAR en una jurisdic-  
ción determinada podría virtualmente eliminar la epidemia en una  
generación<sup>15-17</sup>. El «tratamiento como prevención» vino entonces  
a alterar en forma altamente significativa el valor del tratamiento  
desde el punto de vista del coste-beneficio<sup>8</sup>. Hoy aceptamos que el  
«tratamiento como prevención» hace que la inversión en la bús-  
queda 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)<sup>18,19</sup>. Más recientemente, el valor del «tratamiento  
como prevención» ha sido confirmado de forma definitiva en un  
estudio prospectivo aleatorizado que demostró que el uso inme-  
diato de la TAR disminuye la progresión de la enfermedad en un  
41% y la transmisión sexual del VIH en un 96%<sup>20</sup>.

La experiencia acumulada de forma prospectiva por nuestro pro-  
grama ha confirmado el valor a nivel poblacional del «tratamiento  
como prevención»: como prevención de la morbilidad, así  
como también de la transmisión del virus<sup>21</sup>. 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  
año<sup>21</sup>. 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 tiempo<sup>8</sup>.

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

0213-005X/\$ – see front matter © 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.08.002>

Cómo citar este artículo: Montaner JSG. 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. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.08.002>

Hoy, las guías terapéuticas de la International AIDS Society-USA<sup>22</sup>, así como también las del US-Department of Human Health and Services (DHHS)<sup>23</sup> y de la OMS<sup>24</sup>, 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/sida<sup>25</sup>, 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 Irregular<sup>26</sup>. 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 mas mañana.

## Bibliografía

1. Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an international panel. International AIDS Society-USA. *JAMA*. 1996;276:146-54. **Q3**
2. Gulick RM, Mellors JW, Havlir 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. **Q4**
3. Montaner JS, Reiss P, Cooper D, 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. **Q5**
4. Hogg RS, O'Shaughnessy MV, Gataric N, et al. Decline in deaths from AIDS due to new antiretrovirals. *Lancet*. 1997;349:1294. **Q6**
5. Hogg RS, Heath KV, Yip B, et al. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA*. 1998;27:450-4. **Q7**
6. 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. **Q8**
7. Walensky RP, Paltiel AD, Losina E, et al. The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis*. 2006;194:11-9. **Q8**
8. 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. **Q8**
9. 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. **Q9**
10. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, 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. **Q9**
11. Vernazza PL, Gilliam BL, Flepp M, et al. Effect of antiviral treatment on the shedding of HIV-1 in semen. *AIDS*. 1997;11:1249-54. **Q10**
12. Cu-Uvin S, Caliendo AM, Reinert S, et al. Effect of highly active antiretroviral therapy on cervicovaginal HIV-1 RNA. *AIDS*. 2000;14:415-21. **Q11**
13. Wood E, Kerr T, Marshall BDL, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ*. 2009;338. **Q12**
14. Volkow N, Montaner J. Enhanced HIV testing, treatment, and support for HIV-infected substance users. *JAMA*. 2010;303:1423-4. **Q13**
15. Wood E, Braitstein P, Montaner JSG, 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. **Q14**
16. 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. **Q14**
17. 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. **Q15**
18. 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. **Q16**
19. Granich R, Kahn JG, Bennett R, Holmes CB, Garg N, et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. *PLoS ONE*. 2012;7. **Q17**
20. 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. **Q18**
21. Montaner JSG, Lima VD, Barrios R, 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. **Q19**
22. Thompson MA, Aberg JA, Hoy JF, Telenti A, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection 2012. Recommendations of the International Antiviral Society—USA Panel. *JAMA*. 2012;308:387-402. **Q20**
23. 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. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/> **Q21**
24. WHO. Programmatic Update: Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB. Geneva: World Health Organization; 2012. **Q21**
25. Fauci A. Plenary: Ending the Epidemic: Turning the Tide Together XIX International AIDS Conference July 23, 2012 2012. Disponible en: <http://globalhealth.kff.org/AIDS2012/July-23/EndingtheEpidemic.aspx> **Q21**
26. 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. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.07.004> **Q21**