



El pasado 15 de diciembre se celebró en el Centro Superior de Investigación en Salud Pública en Valencia la jornada “Salud Global Compartida en 30 años de VIH/SIDA: lecciones aprendidas,” organizado por la Fundación Gaspar Casal y promovido por Gilead España, para considerar cómo el VIH/SIDA ha convertido, por primera vez, la salud en un tema verdaderamente global en las últimas tres décadas así como para analizar el gran camino que nos queda por recoger y los retos actuales y futuros.

### **Primera mesa redonda: VIH/SIDA y Salud Global Compartida**

*Ana Rico, investigadora titular en salud pública en el Instituto de Salud Carlos III.*

Abriendo la primera mesa redonda, Ana Rico aportó una macro-revisión de lo que ha pasado en VIH/SIDA en Europa en los últimos 30 años, contrastándolo con la evolución de la situación en otras partes del mundo. Identificó la desigualdad y la pobreza como factores de riesgo y agravantes fundamentales; no solo afectan la prevalencia de VIH/SIDA en una población sino a la esperanza de vida, acortándola, en los infectados. Las soluciones de un problema tan importante y extendido tienen que ser a varios niveles: nacional e internacional, micro, meso y macro. Rico resaltó que por muchos objetivos que se hayan conseguido en España y en los países de nuestro entorno en los últimos 30 años, queda mucho camino por recorrer a nivel mundial, y que los retos más importantes son construir sistemas de salud fuertes y sostenibles en los países en desarrollo, quitar las barreras estructurales al tratamiento, y enfocar los servicios a las poblaciones marginales que más los necesitan.

*Ildefonso Hernández, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández de Alicante*

Ildefonso Hernández planteó su intervención como un planteamiento panorámico de la salud global, y subrayó la importancia de la gobernanza para enfrentar las crisis sanitarias como la del VIH/SIDA, que representan un fallo sistémico que no se solucionará con más de lo mismo. Esta gobernanza significa la buena coordinación de las acciones y ayudas entre los actores importantes a nivel global (como la OMS y el FMI), las ONG, y los sistemas sanitarios locales; para Hernández, el punto clave es reforzar el liderazgo y la capacidad de los sistemas sanitarios locales. Ofreció como ejemplo de lección aprendida el papel de España en las intervenciones sobre la VIH/SIDA a nivel mundial, calificándolo de importante en cuanto a volumen, pero bajo en inteligencia, por no coordinarse bien con los demás agentes, y reclamó la creación de mecanismos de cooperación bien definidos, y que establezcan la práctica de rendición de cuentas.

*Maria Seguí, directora general de Salud Pública, Drogodependencia y Consumo, Junta de Castilla La Mancha*

Cambiando el enfoque macro por el “nano”, María Seguí comentó la situación en Castilla La Mancha, la comunidad con menor incidencia de VIH/SIDA en España, donde se diagnostican unos 90 casos al año. A pesar de la escala relativamente pequeña del problema en su comunidad, los manchegos también han aprendido de sus experiencias, sobre todo la importancia de usar la atención primaria para identificar los casos a tiempo. Sin embargo, diagnosticar antes de la presentación de síntomas sigue siendo un gran reto, y se estima que hasta un 30% de los casos tiene un diagnóstico tardío. Por lo tanto, enfatizó la necesidad de liberarnos de los prejuicios, por muy difícil que sea, y reconocer el nuevo patrón de enfermedad (que ya se concentra en heterosexuales) para adelantar la prueba. Además, señaló que habrá que empoderar a la población, y enfatizar el sentido de corresponsabilidad para conseguir mejores resultados.

### **Segunda mesa redonda: la gobernanza compartida y los retos de los sistemas de información en VIH/SIDA en España**

*Jordi Casabona, director científico del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS/HIV/SIDA de Catalunya*

En la segunda mesa, Jordi Casabona abordó el enfoque epidemiológico, afirmando que la aportación de su profesión a la salud pública, y en concreto el tratamiento y prevención de la VIH/SIDA, es hacer de puente entre lo político y lo clínico. La vigilancia epidemiológica nos lleva a conclusiones muy prácticas—sobre el riesgo diferencial de las poblaciones, y los conductos de riesgo, por ejemplo—en las que se tiene que basar la política para que sea efectiva. Indicó que la complejidad de los sistemas de información en VIH/SIDA ha ido evolucionando de una forma importante en España, afirmación que respaldó contando unos estudios de cohortes que están en marcha, e indicó que la vigilancia epidemiológica clásica está perdiendo terreno a otros conceptos, como la monitorización y evaluación, y la vigilancia e investigación operativa. Para Casabona, las lecciones aprendidas fundamentales son dos: que la crisis de la VIH/SIDA, y los sistemas de información que la miden, son muy sensibles a las características de la sociedad en la que se producen; y que la información juega un papel muy importante a la hora de convencer a los políticos que la intervención preventiva puede ser efectiva y viable.

*Oscar Zurriaga, jefe de estudios epidemiológicos y estadísticas sanitarias en la Centro Superior de Investigaciones de Salud Pública, Valencia*

Profundizando en otra perspectiva del estudio epidemiológico del problema, Oscar Zurriaga detalló los retos mayores que enfrentan los sistemas de información en España en cuanto al VIH/SIDA. En primer lugar, según Zurriaga, es su propia existencia; asumimos que la vigilancia nos proporciona información para la acción, y en caso contrario, no se justifica su existencia. En segundo lugar, no llegan a tener exhaustividad, ya que el 30% de los infectados no saben que lo son. También hay problemas con la privacidad (aunque la confidencialidad de datos es obligatoria, hay mucho miedo de estigmatización), la gobernanza, y la integración de los sistemas de información, así como su flexibilidad. Finalmente, anotó la importancia de los retos de la comunicación de la información -el uso apropiado de la información, la comunicación discreta y en lenguaje sin prejuicio- de los resultados. Zurriaga enfatizó que la

comunicación de la información tiene que ser de tal manera que sea posible derivarse acción. Si la información no nos lleva a la acción es porque no la estamos tratando adecuadamente.

*Rosa Polo, jefa de asistencia de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.*

Rosa Polo intervino desde una perspectiva clínica, y afirmó que el Plan Nacional sobre el SIDA cumple muy bien con el concepto de gobernanza compartida, ya que realiza acciones relacionadas con ONGs, las comunidades autónomas, y los profesionales sanitarios y, participa en alguna acción de cooperación internacional. Mantiene un registro de nuevos diagnósticos de infección por el VIH, alimentado por 15 CCAA (está previsto que en 2012 todas reporten casos), que ha contribuido a mejorar la caracterización de la epidemia y a conocer cual es la situación real en España, facilitando la toma de decisiones a todos los niveles; se está estudiando como implementar un registro nacional de tratamiento antiretroviral (que actualmente solo existe a nivel de comunidad). Otra iniciativa importante que el Plan Nacional sobre el SIDA tiene en marcha es el desarrollo de documentos de consenso sobre la asistencia sanitaria, concretamente para delimitar las responsabilidades de los distintos ámbitos asistenciales en el SNS en relación con la atención integral del paciente con infección por el VIH. Quizás más fuertemente vinculado con la idea de gobernanza compartida es su participación en la Alianza ESTHER, una red de cooperación europea con aquellos países más desfavorecidos, para fomentar intercambio de formación e información respecto al tratamiento y prevención de VIH/SIDA.

### **Tercera mesa redonda: El cambio de paradigma de la lucha a favor del acceso universal al tratamiento y la prevención de la VIH/SIDA**

*Gorik Ooms, investigador en el Instituto de Medicina Tropical, Bélgica*

En la última mesa redonda del día, Gorik Ooms comentó el cambio de paradigma en el abordaje mundial del VIH/SIDA. Aunque se permitió algo de optimismo y reconoció que un cambio hacia la responsabilidad compartida si está en marcha, resaltó que este cambio solo está en su fase inicial, y que el prejuicios contra las ayudas permanentes entre países sigue estando muy arraigado. Observó que las intervenciones preventivas son las mas difíciles de financiar, ya que los países y organizaciones donantes prefieren reaccionar solo cuando la crisis estalla; además, suelen exigir acciones sostenibles, es decir, las que el país receptor puede empezar a financiar con sus propios recursos después de cierto tiempo. Según Ooms, este patrón es fundamentalmente equivocado, y tendrá que cederse a la responsabilidad compartida y el compromiso internacional, siguiendo el ejemplo del Fondo Global de lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria. Sin embargo, se nota que hasta el compromiso con el Fondo Global no se toma muy en serio; las contribuciones han disminuido debido a la crisis, lo cual quiere decir que los excesos de banqueros despiadados han llegado a ocasionar víctimas humanas en África. Ooms mantuvo que lo que hace falta es establecer un mecanismo de apoyo social mutuo a nivel global, quizás inspirado en lo que se está empezando a implementar a nivel europeo.

*Graeme Robertson, Associate Director of International Access Services, Gilead Europe*

Graeme Robertson cerró la última mesa resumiendo los esfuerzos de Gilead de aumentar el acceso a sus tratamientos antiretrovirales en los países en vías de desarrollo. Reconociendo que el 95% de los infectados por VIH/SIDA viven en países subdesarrollados, en 2003 Gilead creó una división dedicada a mejorar la provisión y la accesibilidad de sus productos a estos pacientes; actualmente ofrecen sus productos a precio de fabricación en 95 países. Han podido lograr estas reducciones en precio a través de un acuerdo con unos fabricantes de genéricos en la India; también están trabajando para reducir el retraso de los nuevos medicamentos en llegar a los países en desarrollo. En 2011, Gilead empezó a crear un fondo común de patentes, ofreciéndose a compartir los derechos intelectuales a los tratamientos para VIH/ SIDA con el fin de mejorar acceso y asequibilidad. Según Robertson, aunque Gilead es una compañía relativamente pequeña, su dedicación a la innovación, la investigación y el desarrollo de los tratamientos para VIH/SIDA, así como a la reducción en precios para pacientes en los países más desfavorecidos, no deja de ser importante y ambiciosa.