



Informe del encuentro: Estándares de la atención médica del VIH y las coinfecciones en Europa

Informe resumen: Encuentro Ministerial de Alto Nivel sobre el VIH

Informe del encuentro: Estándares de la atención del VIH y las coinfecciones en Europa

Organizado por la Sociedad Clínica Europea del Sida (EACS) en colaboración con el Grupo Europeo de Tratamientos contra el Sida (EATG) y auspiciado por el Ministerio de Sanidad de Italia.

25-26 de noviembre de 2014, Roma (Italia)

Introducción

El encuentro internacional *Estándares de la atención médica del VIH y las coinfecciones en Europa* tuvo como objetivo recabar información sobre el estado de la atención clínica del VIH y de las hepatitis en Europa. En particular, la cita se centró en el diagnóstico tardío, en el acceso a la atención y al tratamiento antirretroviral y en la retención en los servicios de atención tanto en los países de Europa Occidental como del Este. También se revisaron las tendencias actuales y el manejo de las infecciones crónicas por hepatitis B y C, así como la coinfección por VIH y hepatitis C o VIH y tuberculosis en Europa.

El resultado esperado era disponer de una visión general de la situación en la atención médica del VIH y las hepatitis para poder identificar las áreas críticas de intervención, reconocer los retos futuros y realizar el cribado, seguimiento y diagnóstico de las personas con VIH, hepatitis C o hepatitis B, integrando los últimos resultados científicos dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y hepatitis en Europa.

Historia natural, epidemiología y diagnóstico tardío en la región europea

Profesor Kholoud Porter, Unidad de Ensayos Clínicos del Consejo de Investigación Médica, Facultad de Medicina de la University College de Londres (Reino Unido) y profesora Amanda Mocroft, Facultad de Medicina de la University College de Londres (Reino Unido)

Epidemiología

Se calcula que en la región europea (de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) viven unos 2,4 millones de personas con VIH (rango: 2,1 - 2,7 millones), de los que 1,5 millones residen en Europa del Este. En 2010, el 76% de todos los nuevos diagnósticos de VIH en esta región de la OMS se produjeron en Europa del Este, de los cuales el 90% tuvieron lugar en Rusia y Ucrania. Tres países (Estonia, Rusia y Ucrania) registraron más de 20 infecciones por VIH por cada 100.000 habitantes. Además, mientras que el número de personas que viven con VIH se ha duplicado en Europa Occidental y Central desde 1990, esa cifra se ha más que triplicado solo en la última década en Europa del Este, la única región del mundo donde la incidencia de VIH sigue aumentando. En 2010, el 43% de las nuevas infecciones por VIH notificadas en Europa del Este estuvieron relacionadas con el uso de drogas inyectables, frente al 4% en Europa occidental.

Diagnóstico tardío de la enfermedad por VIH en la región europea

El retraso a la hora de acudir a los servicios de atención y tratamiento del VIH aumenta el riesgo de mortalidad, prolonga el período durante el cual el riesgo de transmisión del virus es elevado, reduce la probabilidad de alcanzar una carga viral indetectable con el tratamiento y está relacionado con un mayor riesgo de sufrir eventos no asociados a sida, interacciones farmacológicas y hospitalizaciones. El retraso en el diagnóstico también se ha relacionado con un aumento sustancial de los costes de la atención sanitaria debido a la mayor tasa de morbilidad e ingresos hospitalarios (1). En 2009 se adoptó una definición consensuada en Europa sobre lo que se considera diagnóstico tardío:

- *Diagnóstico tardío:* Personas que acuden a los servicios de atención con un recuento de **CD4 inferior a 350 células/mm³** o con una **enfermedad definitoria de sida**, con independencia de su nivel de CD4
- *Diagnóstico tardío con enfermedad avanzada:* Personas que acuden a los servicios de atención con un **recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³** o **con una enfermedad definitoria de sida**, con independencia de su nivel de CD4 (2).

Los datos procedentes de estudios de cohortes longitudinales muestran que apenas se han producido cambios en el diagnóstico tardío a lo largo de la última década (3).

Los cambios en la historia natural de la infección por VIH durante los últimos 20 años en las cohortes europeas revelan que se está observando valores más elevados de la carga viral de equilibrio (*set point*) en el caso de los hombres que practican sexo con otros hombres (HSH) y recuento más bajos de células CD4 tras la seroconversión, lo que implica que las personas que adquieren hoy el VIH alcanzan un recuento de CD4 de 500 células/mm³ en los 2,5 primeros años de infección, frente al período de cuatro años que se observaba 20 años atrás (4). El punto de equilibrio de la carga viral en personas seroconversoras aumentó en aproximadamente 0,5log entre 1992 y 2008, lo que supone un incremento del 44% en la capacidad de transmisión de las personas que no reciben tratamiento antirretroviral (5). Considerados en conjunto, estos hallazgos sugieren que las personas que se infectan hoy por VIH pueden ser más propensas a transmitir el virus y van a necesitar antes el tratamiento antirretroviral, lo que revela la necesidad de mejorar la cobertura y la frecuencia de realización de las pruebas del VIH en las poblaciones clave para minimizar las tasas de diagnóstico tardío.

Pruebas del VIH

Prof. Amanda Mocroft, Facultad de Medicina de la University College de Londres, Reino Unido; Dr. Deni Gökingen, Universidad Ege, Izmir, Turquía; Nikos Dedes, Grupo Europeo sobre Tratamientos del Sida, Grecia; Tamás Bereczky, Grupo Europeo sobre Tratamientos del Sida, Hungría.

La ausencia de cambios en las tasas de diagnóstico tardío sugiere que la mejora de la cobertura de los servicios de realización voluntaria de *counselling* y pruebas del VIH no tendrá un efecto notable y que será necesario expandir las estrategias de diagnóstico y *counselling* ofrecidas por el proveedor de salud para llegar a las personas que todavía no se han realizado una prueba. Existen diversos entornos en donde se podría ofrecer la realización de una prueba del VIH a las personas en situación de alto riesgo de infección, como los centros de atención de infecciones de transmisión sexual (ITS), las clínicas de tuberculosis, centros de atención a las drogodependencias y los servicios de atención prenatal, a lo que habría que añadir la ampliación de los programas de cribado de base comunitaria dirigidos a hombres que practican sexo con otros hombres y personas usuarias de drogas inyectables. La realización de la prueba del VIH guiada por indicador-condición también encierra el potencial de identificar a personas no diagnosticadas en situación de alto riesgo de acudir a los servicios médicos cuando la infección está avanzada. Un estudio europeo multicéntrico sobre realización de pruebas guiadas por indicadores-condiciones (HIDES II) realizado en 42 clínicas de 20 países europeos –que contó con 9.471 adultos de entre 18 y 65 años de edad– halló una prevalencia general del 2,5%. El estudio identificó 10 condiciones médicas relacionadas con una prevalencia del VIH superior al 0,1% (el nivel que se consideró coste eficaz para un cribado propuesto por el proveedor de salud) (6).

Indicador-condición relacionado con una prevalencia de VIH >0,1%

Coinfección por hepatitis B y C	9.6%
Mononucleosis	5.3%
Linfadenopatía	4.4%
Leucocitopenia	4%
Neumonía	3.2%
Neuropatía	2.4%
Hepatitis C	2.3%
Dermatitis	2%
Hepatitis B	1.2%
Cáncer cervical	1%

Es probable que la cobertura de los programas de realización de pruebas del VIH aumente en todos los entornos al incrementarse la disponibilidad de realizar las pruebas más allá de los dispositivos clínicos, y por el uso de pruebas rápidas de anticuerpos de alta calidad. Las campañas dirigidas a poblaciones específicas han demostrado ser capaces de aumentar los niveles de aceptación de la prueba. Se ha demostrado que la estrategia de realización de pruebas propuestas por el proveedor en diversos entornos clínicos permite aumentar la cobertura y rendimiento de la prueba de anticuerpos. Los servicios de realización de pruebas del VIH deberían establecer buenas conexiones con los servicios de atención y tratamiento del VIH además de garantizar una atención confidencial y no discriminatoria (7). La Unión Internacional frente a las Infecciones de Transmisión Sexual ha publicado unas nuevas directrices sobre el VIH para su uso en centros de atención de las ITS y centros de atención primaria donde pueden proporcionarse tratamientos para las infecciones de transmisión sexual (8).

Las directrices fueron desarrolladas para abordar la diversidad de prácticas y modos de organizarse de los sistemas sanitarios en la región europea, incluyendo la ausencia de una dirección nacional sobre la realización de pruebas del VIH en algunos países. Es posible que las directrices históricas sobre realización de *counselling* y pruebas hayan hecho mucho hincapié en las consecuencias negativas de un diagnóstico de VIH en lugar de transmitir los beneficios que suponen un diagnóstico y tratamiento tempranos. Las directrices de 2014 recomiendan la realización de las pruebas del VIH como parte del cribado inicial a todas las personas que acudan a un centro de atención de las ITS y a todos los pacientes que acudan a la atención primaria que presenten una gran probabilidad de haberse expuesto al VIH. Se recomienda la realización anual de las pruebas, aumentando su frecuencia cuando se informe de un riesgo continuo de exposición. El aumento de la frecuencia de las pruebas requiere el establecimiento de un diálogo entre el médico y el paciente y que se genere una relación de confianza que permita a este último revelar sus riesgos habituales de infección por VIH.

Las directrices hacen fuerte hincapié en el uso de pruebas diagnósticas del VIH de cuarta generación antígeno p24/anticuerpos. Estas pruebas reducen el periodo ventana a aproximadamente seis semanas. Los algoritmos de confirmación varían de un país a otro, pero las directrices nacionales siempre recomiendan la realización de, como mínimo, una prueba de confirmación empleando otro tipo diferente de test. En los casos en los que se sospecha que existe una infección primaria cuando el resultado de la serología es negativo, debería emplearse una prueba de ARN antes que una prueba de amplificación de ácido nucleico (NAAT). Las directrices también valoran el uso de pruebas en el punto de atención a partir de sangre o fluidos orales, realizadas tanto por el personal sanitario como por la propia persona. Las directrices señalan la existencia de una disminución de la sensibilidad durante la fase temprana de infección por VIH y cuando se utilizan otras muestras distintas a la sangre.

Una de las principales barreras existentes para la implementación de las nuevas directrices respecto a la realización de pruebas del VIH es la falta de formación y conocimiento de los profesionales sanitarios, especialmente entre los no especialistas en VIH.

Puntos clave de debate

- La EACS debería valorar si las directrices sobre las pruebas diagnósticas deberían formar parte de su cartera de guías de manejo clínico.
- A los profesionales sanitarios se les debería animar a que soliciten más información a los pacientes sobre su historial de realización de pruebas del VIH.
- Es necesaria más información sobre modelos exitosos de programas comunitarios de realización de pruebas del VIH, y estos modelos deben ser dotados de recursos a nivel nacional para aumentar la cobertura de la realización de pruebas del VIH entre las poblaciones clave.

Superar las barreras para la realización de las pruebas del VIH

Una elevada proporción de personas con VIH desconocen que tienen el virus: la proporción de personas sin diagnosticar varía entre el 20% en Dinamarca, Suecia y Eslovaquia, pasando por el 30% en el Reino Unido, Francia y Alemania hasta alcanzar, como mínimo, el 50% en Polonia y Letonia. Los hombres heterosexuales, las personas de mayor edad, las personas inmigrantes y las que viven en zonas con una baja prevalencia de VIH tienen más probabilidades de no ser diagnosticadas. Por categoría de exposición, las personas heterosexuales del África subsahariana son diagnosticadas de forma tardía con mayor frecuencia que cualquier otro grupo de población en la Unión Europea (61% en 2012) (9).

Barreras para la realización de la prueba del VIH

Paciente	Proveedor sanitario	Barreras estructurales
<ul style="list-style-type: none">• Baja percepción del riesgo• Falta de conocimiento sobre el VIH y de la disponibilidad del tratamiento• Miedo a la infección por VIH y sus consecuencias para la salud• Miedo a revelar el estado serológico (preocupación por el estigma, la discriminación y el rechazo por personas significativas)• Negación• Dificultad para acceder a los servicios, especialmente las poblaciones migrantes	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes no percibidos como en riesgo• Falta de tiempo• Laborioso proceso de consentimiento• Falta de conocimiento/formación• Estereotipos - miedo de parecer discriminatorio• Requisitos del <i>counselling</i> previo a la prueba• Problemas para el reembolso o falta de reembolso como incentivo <p>En Europa del Este, además:</p> <ul style="list-style-type: none">• Corrupción, incluyendo pagos a profesionales sanitarios por los servicios• Elevada prevalencia de actitudes discriminatorias frente a poblaciones clave, con el consentimiento de las autoridades	<ul style="list-style-type: none">• Falta de políticas nacionales sobre la prueba del VIH• Falta de servicios respetuosos con las poblaciones clave (ej. HSH, usuarios de drogas, personas de África)• Sistemas reguladores y de licencias que impiden que todos los profesionales sanitarios ofrezcan la prueba• Regulaciones sobre dispositivos médicos que evitan el uso de pruebas en el punto de atención• Falta de leyes contra la discriminación• Criminalización de las personas usuarias de drogas inyectables, trabajadoras sexuales y hombres que practican sexo con otros hombres <p>En Europa del Este, además:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sector de ONG débil• Falta de presión política para proporcionar servicios del VIH• Oposición política a las poblaciones clave a todos los niveles• Falta de seguimiento generalizado de las directrices y estándares internacionales de buenas prácticas

En Europa del Este, las barreras para realizar las pruebas del VIH tienen que tenerse en cuenta dentro del contexto de las diferencias entre los sistemas sanitarios y la amplia historia de autoritarismo y control normativo de la conducta y la autonomía individuales a nivel estatal y de las clínicas.

Posibles soluciones

- Las campañas mediáticas pueden tener un impacto sobre las conductas de realización de pruebas a corto plazo.

- La reducción del estigma en torno a la prueba y diagnóstico del VIH puede abordarse desde el punto de vista institucional a través de la 'normalización' de la realización de pruebas y la introducción de políticas para ofrecer la prueba de forma universal.
- La formación del personal sanitario puede aumentar de forma eficaz las tasas de realización de pruebas del VIH y mejorar la actitud de dichos profesionales frente al VIH, así como su confianza a la hora de realizar un test diagnóstico.
- Se ha identificado el consentimiento informado por escrito como una barrera para la realización de la prueba, por lo que el consentimiento informado verbal constituye una alternativa aceptable que conduce a una mayor aceptación de la prueba.
- Puede proporcionarse una información breve tras la realización de la prueba (en vez de *counselling*) a las personas que reciban un resultado negativo.
- Las estrategias locales funcionan mejor.
- Los servicios de realización de pruebas basados en la comunidad deberían formar parte de una estrategia de realización de pruebas más completa y asequible.

Puntos clave de debate

- La importancia de desarrollar modelos locales y difundir información sobre los modelos locales exitosos, en lugar de importar modelos de otros sistemas de salud que quizá no sean fácilmente adaptables a las circunstancias locales. Es necesario financiar y evaluar los proyectos de demostración.
- Aumentar las colaboraciones entre la comunidad y los profesionales sanitarios a todos los niveles.
- Aumentar la difusión de información sobre las orientaciones actuales respecto a la realización de pruebas del VIH y las mejores prácticas en realización de pruebas del VIH en diversos idiomas, especialmente en ruso.
- Colaborar con sociedades científicas en relación con las enfermedades indicadoras con el fin de promover la realización de pruebas del VIH entre sus miembros tanto a escala nacional como europea.
- Aumentar la presión para conseguir una vigilancia epidemiológica orientada que proporcione datos más precisos sobre la prevalencia local del VIH en poblaciones clave, a fin de influir en el desarrollo de políticas y la valoración de riesgos en la práctica clínica.
- Es necesario aumentar el foco en la provisión de servicios de realización de prueba para las poblaciones clave, especialmente en Europa del Este, junto con unas mayores medidas para proteger la confidencialidad y los derechos humanos.
- En entornos con baja y alta prevalencia es importante establecer una cultura de confidencialidad entre el personal sanitario y los usuarios del servicio de modo que las personas puedan acudir a los centros de realización de la prueba y clínicas del VIH sin miedo a que se vulnere la confidencialidad.

Mejorar el acceso al tratamiento antirretroviral

Martina Brostrom, ONUSIDA, Suiza; Cristiana Oprea, Hospital Victor Babes de Bucarest, Rumanía; Andrea Antinori, IRCS - INMI L. Spallanzani, Roma, Italia; Prof. Andrzej Horban, Hospital de Enfermedades Infecciosas de Varsovia, Polonia; Teresa Branco, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca de Lisboa, Portugal.

El tratamiento antirretroviral ha conseguido una gran mejora en la esperanza de vida de las personas que viven con VIH y ha reducido la carga de morbilidad en todas las regiones del mundo. Un mayor nivel de cobertura de tratamiento a escala nacional se ha relacionado con una reducción de los casos de transmisión del VIH (10). ONUSIDA ha aprobado un nuevo objetivo—tras la meta anterior de 'Llegar a Cero' en 2015— para la cobertura del tratamiento antirretroviral en que se reconoce la importancia de conseguir unos elevados niveles de diagnóstico del VIH, la vinculación a la atención médica y la supresión de la carga viral para poder reducir las tasas de transmisión del VIH, así como la morbilidad asociada a este virus. El nuevo objetivo pretende diagnosticar al 90% de las personas con VIH; garantizar que el 90% de las personas diagnosticadas reciben tratamiento antirretroviral; y garantizar que el 90% de las personas en tratamiento mantienen una carga viral indetectable. De alcanzarse este objetivo en 2020, se conseguiría que el 90% de las personas con VIH estarían diagnosticadas, el 81% recibirían tratamiento y el 73% mantendrían una carga viral indetectable.

La región europea se está quedando rezagada respecto a otros países donde los enfoques innovadores para realizar pruebas y proporcionar tratamiento —unido a un compromiso político de alto nivel— han conseguido alcanzar unos elevados niveles de cobertura de tratamiento a pesar de los escasos recursos locales disponibles para la sanidad.

Tratamiento antirretroviral en Europa del Este

Un sondeo sobre acceso al tratamiento en Europa del Este y Asia Central —realizado por Cristiana Oprea en nombre de la EACS— encontró diferencias notables dentro de los países agrupados por franjas de ingresos en la región respecto a la cobertura del tratamiento, la disponibilidad de los regímenes antirretrovirales y la continuidad en los suministros de fármacos.

Hallazgos clave en los países de ingresos medios más pobres

Con la excepción de Ucrania, los países situados en esta franja de ingresos presentan una baja prevalencia de VIH y, en la mayor parte de los casos, dependen en gran medida del apoyo de donantes internacionales para proporcionar el tratamiento antirretroviral. La epidemia del VIH parece concentrarse en las personas usuarias de drogas inyectables y heterosexuales. La cobertura antirretroviral es baja (en general inferior al 20%) y el tratamiento lo proporcionan los médicos especialistas en enfermedades infecciosas. En la mayoría de los casos, los regímenes antirretrovirales preferentes están en concordancia con las directrices de EACS o la OMS, aunque las combinaciones en dosis única y los nuevos fármacos antirretrovirales siguen sin estar disponibles. Como se ha dicho, Ucrania constituye la gran excepción: el 47% de los pacientes que reciben un tratamiento de primera línea están tomando un régimen basado en nelfinavir (un inhibidor de la proteasa no potenciado que fue retirado del mercado en Europa en 2008 y ya no se recomienda en ninguna directriz internacional). En los últimos dos años la mayor parte de los países situados en esta franja de ingresos han sufrido desabastecimientos de medicamentos antirretrovirales.

Hallazgos clave en los países de ingresos medios más elevados (incluidas Europa central y del sureste)

Todos los países situados en esta franja de ingresos cuentan con una prevalencia de VIH muy baja (<0,1%). En estos países se observan epidemias concentradas variadas: entre hombres que practican sexo con otros hombres en Hungría y Serbia y entre personas usuarias de drogas inyectables en Azerbaiyán y Rumanía. Se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral cuando el recuento de CD4 llega a 350 células/mm³, aunque Hungría y Rumanía han elevado este umbral a las 500 células/mm³. La cobertura del tratamiento varía entre el 30% en Kazajistán, pasando por el 45% en Bielorrusia hasta el 69% en Rumanía. Los regímenes de tratamiento preferentes reflejan en gran medida las directrices de la EACS, aunque los regímenes recomendados están más limitados en la zona del sureste europeo. Los nuevos fármacos y las combinaciones en dosis únicas no están disponibles en la mayor parte de los países. También se han registrado desabastecimientos en los últimos dos años en Albania, Macedonia, Serbia y algunas regiones de Rumanía.

Hallazgos clave en países de ingresos más elevados (Rusia y Europa central)

La prevalencia de VIH es baja en países de ingresos más elevados con la excepción de la Federación Rusa (1%). La prevalencia del VIH es elevada entre las personas usuarias de drogas inyectables en Rusia y Polonia, así como entre la población de hombres que practican sexo con otros hombres en Croacia, República Checa y Eslovaquia. El inicio del tratamiento antirretroviral está recomendado a partir de las 500 células/mm³, con la excepción de Rusia, donde este umbral está fijado en las 200 células/mm³. La cobertura del tratamiento antirretroviral es similar a la de los países de Europa Occidental (> 60%) en todos los países excepto en Rusia (20-34%). Los regímenes antirretrovirales preferentes siguen las directrices de la EACS, aunque no se dispuso de información procedente de Rusia. Los nuevos fármacos y combinaciones en dosis únicas están disponibles y son preferentes en las pautas de primera línea en la mayor parte de los países. En los dos últimos años, únicamente se han registrado desabastecimientos en Rusia.

Tratamiento antirretroviral en Europa occidental

Las actuales directrices de la EACS recomiendan que todos los pacientes con niveles de CD4 inferiores a 350 células/mm³ inicien el tratamiento y se aconseja que se valore esta posibilidad en pacientes cuyos niveles de CD4 estén entre 350 y 500 células/mm³. A la espera de los resultados de un ensayo clínico de distribución aleatoria sobre el inicio temprano del tratamiento, los datos procedentes de cohortes observacionales arrojan resultados inconsistentes sobre el efecto del inicio temprano de la terapia sobre la morbilidad y mortalidad. Tener un recuento de CD4 elevado en el momento de iniciar la terapia se relaciona con una mayor probabilidad de normalizar los recuentos de CD4 (11), y la duración y magnitud de la viremia no controlada (copia-años de carga viral, o exposición acumulada a la carga viral) se relaciona con una mayor tasa de acontecimientos definidores de sida (12). La supresión de la carga viral se relacionó con un riesgo extremadamente bajo de transmisión del virus a las parejas sexuales en el estudio de cohorte PARTNER, lo que pone de relieve el efecto preventivo del tratamiento para cualquier nivel de CD4 (13).

En muchos entornos europeos, los profesionales médicos que prescriben los antirretrovirales se encuentran con crecientes restricciones presupuestarias para que limiten el gasto general en tratamientos y consideren los costes de los fármacos individuales. El análisis de coste-efectividad ha identificado abacavir, lamivudina y efavirenz como fármacos que resultan más coste-efectivos en el sistema sanitario español que tenofovir, emtricitabina y efavirenz o tenofovir, emtricitabina y rilpivirina (14). La introducción de los antirretrovirales genéricos tras la caducidad de sus patentes entre 2014 y 2018 probablemente traiga consigo una mayor consideración de los costes a la hora de prescribir los tratamientos.

Mejora de la retención y la calidad de la atención médica

Prof. Cristina Mussini, Universidad de Módena, Italia; Prof. Jens Lundgren, Universidad de Copenhague, Dinamarca.

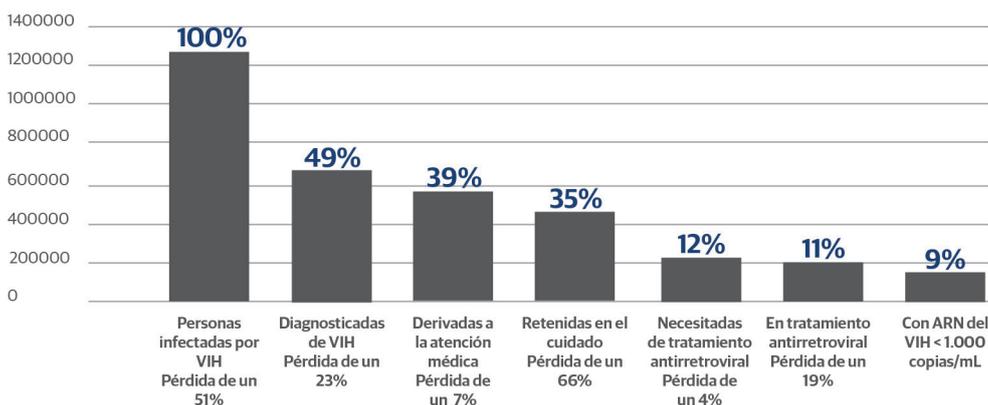
Comparación de las cascadas de tratamiento en países de ingresos elevados (15)

	Viviendo con VIH	Diagnosticados	Derivados a la atención médica	Recibiendo atención médica	En tratamiento antirretroviral	Adherentes <50	<50
Australia	27,674	86%	78%	76%	66%		62%
Dinamarca	6,500	85%	81%	75%	62%		59%
Reino Unido	98,400	n/d	79%	70%	67%		58%
Países Bajos	25,000	n/d	73%	68%	59%		53%
Francia	149,000	81%	n/d	74%		60%	52%
Canadá (CB)	72,000	71%	67%	57%	51%	44%	35%
Estados Unidos	1,148,000	82%	66%	37%	33%		25%

Nota: Las discrepancias en los datos proporcionados reflejan las diferencias en los criterios de vigilancia epidemiológica nacionales. En el caso de Canadá, los porcentajes usados en las cascadas provienen de un estudio en la Columbia Británica (CB) y se han extrapolado a las cifras de personas que viven con VIH en todo el país.

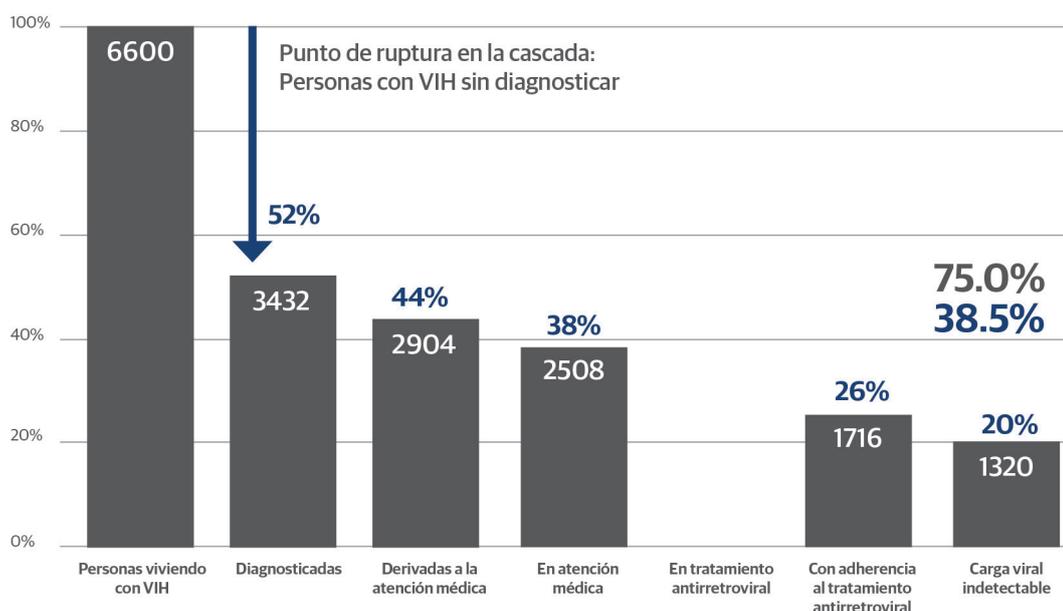
Número de pacientes

La cascada de atención del VIH en Rusia, 2013



A pesar de que aún existen puntos débiles en cuanto al diagnóstico del VIH, se están alcanzando tasas muy elevadas de supresión viral en los pacientes diagnosticados y retenidos en la atención médica en Europa Occidental. Los datos procedentes de Italia apuntan que tomar tratamiento antirretroviral se relacionó con un riesgo significativamente menor de falta de retención en la atención, mientras que las personas inmigrantes tuvieron un riesgo elevado de no ser retenidos en la atención médica. Las barreras idiomáticas y culturales, junto con las limitaciones debidas a la recesión económica aumentan la probabilidad de que se pierda el seguimiento de la población inmigrante o de que estas personas se vean obligadas a desplazarse en busca de trabajo. La población inmigrante representó el 40% de los diagnósticos de VIH en la Unión Europea entre 2007 y 2011, de los cuales un 92% se notificaron en Europa Occidental (16). En Europa del Este, la ausencia de una política de pruebas dirigidas a las poblaciones clave, unido al estigma y las leyes discriminatorias se traduce en unas tasas reducidas de diagnóstico de VIH. La falta de conocimiento sobre el VIH y el tratamiento, los criterios de elegibilidad para el tratamiento demasiado restrictivos y la limitada disponibilidad del tratamiento debido a motivos económicos son factores que contribuyen a las tasas tan reducidas de supresión viral que se observan en Europa del Este.

Cascada de tratamiento del VIH - Georgia



La mejora de la calidad de la atención del VIH en Europa del Este permitiría evitar como mínimo 80.000 muertes anuales. Es necesario poner el foco en los elementos esenciales de la atención médica: es esencial proporcionar terapia antirretroviral y tratamiento de la tuberculosis siguiendo las actuales directrices internacionales y es importante proporcionar el tratamiento de las hepatitis B y C. El cribado y manejo de las comorbilidades relacionadas con los hábitos de vida y la disfunción orgánica también son factores deseables en concordancia con los recursos disponibles. Esto supone un enfoque desde la salud pública.

Las personas usuarias de drogas inyectables (UDI) necesitan disponer de modelos de atención que permitan que todas sus necesidades sanitarias se aborden en un único punto, en lugar de modelos de atención que les obliguen a acudir a múltiples servicios verticales que proporcionan tratamiento de la adicción a las drogas, del VIH, de la tuberculosis y atención médica general. A muchas personas usuarias de drogas les resulta difícil mantener relaciones estables con múltiples profesionales sanitarios y necesitan acceder a servicios de base comunitaria que les proporcionen atención mediante la colaboración de un equipo experto. Se han desarrollado numerosos modelos de atención compartida para las personas usuarias de drogas inyectables en Europa Occidental y este modelo está recomendado por la Organización Mundial para la Salud (OMS).

La terapia de sustitución con opiáceos supone un elemento de la atención que resulta de especial importancia para las personas usuarias de drogas inyectables. Esta intervención contribuye a mejorar la retención en la atención médica al estabilizar el consumo problemático de drogas y derivar a los usuarios a los servicios sanitarios. La proporción de personas usuarias de drogas inyectables que reciben la terapia de sustitución es extremadamente baja en la mayor parte de los países de Europa del Este (<5% en Rusia, Bielorrusia y Ucrania) en comparación con Europa occidental (50-60% en Reino Unido, Países Bajos e Italia).

En Europa Occidental y Central, la exitosa ampliación y simplificación del tratamiento antirretroviral se ha traducido en una gran población de pacientes estables a través del uso a largo plazo de una terapia frente al VIH. En 2013, aproximadamente el 70% de los participantes de la cohorte que estaban recibiendo terapia antirretroviral en la región mantenían una carga viral indetectable con el mismo régimen durante al menos 12 meses (en comparación con aproximadamente el 40% en Europa del Este). La mayor estabilidad de la salud entre una creciente población de personas con VIH se traduce en la necesidad de unas visitas clínicas menos frecuentes, la descentralización de algunos elementos de la atención médica que pasan a la atención primaria y la necesidad de implementar modelos de cambio de tareas hacia el personal especializado de enfermería y farmacia. Sin embargo, una única estrategia no servirá para todos los casos, y a medida que la atención del VIH se reestructura para acomodarse a los cambios en la población con VIH y las presiones presupuestarias, es importante que la calidad no se vea afectada y que se mantenga la flexibilidad para abordar las necesidades cambiantes de una cohorte que envejece. Los especialistas en VIH tienen que continuar siendo los responsables del cuidado de los pacientes, pero los sistemas electrónicos para mantener los historiales y facilitar la toma de decisiones, junto con los historiales clínicos electrónicos únicos y el seguimiento comunitario de los pacientes que han abandonado la atención, pueden servir de apoyo a la descentralización de la atención médica al tiempo que se optimiza la retención.

Estrategias para mejorar la atención médica en Europa del Este

- La EACS y otros grupos de profesionales tienen un importante papel que desempeñar en la diplomacia sanitaria entre la Unión Europea y los países de Europa del Este.
- Aumentar la relación con los profesionales sanitarios de la región a través de invitaciones y apoyos para acudir a los encuentros internacionales facilitará el debate entre iguales sobre las mejores prácticas.
- Fueron necesarios varios años para conseguir la aceptación de las prácticas de reducción de daños en Europa Occidental, por lo que es necesario insistir en el diálogo experto.
- Algunos países que pueden tener similitudes con algunas de las naciones de Europa del Este en lo que respecta a cultura política (por ejemplo, China o Vietnam) han adoptado recientemente políticas de reducción de daños. ¿Qué lecciones pueden extraerse de estos cambios de políticas y cómo pueden implicarse estos países en un diálogo experto de apoyo a nivel científico y político?
- El diálogo político será esencial para garantizar el liderazgo político en Europa del Este. El apoyo de los Ministros de Sanidad del G8 y el diálogo entre agencias multilaterales y los Ministros de Sanidad seguirá adelante.
- En los países con menos prevalencia, la EACS puede desempeñar un importante papel a la hora de elevar la calidad de los estándares de atención mediante la formación, las redes de investigación y las visitas dentro del país y mediante la promoción de las buenas prácticas a través de la implicación con los Ministerios de Sanidad, que podrían desconocer las recientes directrices.

Coinfecciones

VIH y tuberculosis

Dr. Enrico Girardi, Instituto Nacional de Enfermedades Infeciosas L Spillanzani de Roma, Italia; Dr. Daria Podlakareva, Universidad de Copenhague, Dinamarca.

En 2012, las tasas de notificación de casos de tuberculosis fueron de cinco a diez veces mayores en Europa del Este que en la Occidental y una alarmante proporción de los nuevos casos diagnosticados eran multirresistentes a fármacos (32-35% en Bielorrusia en 2010-2012 y 14,4% en Rusia en 2010) (17-19). Una comparación regional del tratamiento antituberculoso en personas que viven con VIH entre Europa del Este y Europa Occidental, Europa del Sur y América Latina evidenció que los pacientes fueron más propensos a ser tratados por posible tuberculosis en Europa del Este que en otras regiones y menos probables a someterse a procedimientos diagnósticos como las pruebas de susceptibilidad a fármacos que en Europa Occidental y del Sur (20). Entre las personas que sí se sometieron a pruebas de susceptibilidad a los medicamentos en Europa del Este, el 40% presentaba tuberculosis multirresistente a fármacos –en comparación con menos del 5% en Europa Occidental– y el 64% de los pacientes que se sometieron a dicha prueba recibieron tratamiento con cuatro fármacos activos, tal como recomienda la OMS. Del mismo modo, la comparación interregional ha evidenciado que la mortalidad debido a tuberculosis en personas con VIH fue sustancialmente mayor en Europa del Este que en el resto del continente (33% frente a 8-14% a los 12 meses) (21). El mayor riesgo de mortalidad por tuberculosis entre las personas con VIH en la región está sólidamente asociado con la multirresistencia a fármacos y la propagación de la enfermedad (22). Las variaciones regionales en las prácticas y cobertura del tratamiento antituberculoso probablemente contribuyan a estos malos resultados, especialmente en los ingresos hospitalarios durante la fase de inducción intensiva (aumentando el riesgo de transmisión nosocomial), la ausencia de terapia de sustitución de opiáceos –que lleva a una mala adherencia entre los usuarios de drogas–, la falta de integración entre los servicios de VIH, tuberculosis y narcología, una lista limitada de fármacos antituberculosos de segunda línea disponibles y la ausencia de pruebas de susceptibilidad a fármacos (20). El debate de consenso identificó las siguientes medidas prioritarias necesarias para reducir la carga de tuberculosis en personas con VIH en la región:

- Implementación consistente de las mejores prácticas para el control de la infección en entornos de tuberculosis y VIH e intensificación de la detección de casos entre las poblaciones clave.
- Disponibilidad del diagnóstico rápido de la tuberculosis y de pruebas de susceptibilidad a los fármacos antituberculosos.
- Un adecuado tratamiento empírico antituberculoso y un posterior retratamiento a partir de los resultados de las pruebas de susceptibilidad a fármacos.
- Disponibilidad ilimitada de todos los fármacos antituberculosos, especialmente los productos más nuevos como bedaquilina y desarrollo de regímenes de tratamiento más cortos.
- Tratamiento adecuado de la infección por VIH y cobertura ilimitada de antirretrovirales.
- La necesidad de que los expertos respalden las políticas de drogas basadas en evidencias científicas que incluyan la recomendación de uso de buprenorfina u otras terapias de sustitución distintas a la metadona (debido a la interacción farmacológica con rifampicina).
- Mejora de la vigilancia epidemiológica y de la voluntad política para actuar a partir de los datos y las necesidades de salud pública.

Coinfección por VIH y hepatitis C

Dra. Antonella d'Arminio Monforte, Universidad de Milán, Italia; Dr. Karine Lacombe, Hospital St. Antoine de París, Francia; Dr. Sanjay Bhagani, Royal Free Hospital de Londres, Reino Unido.

La prevalencia de hepatitis C en personas que viven con VIH está relacionada con un historial de consumo de drogas inyectables, la residencia previa en países con una elevada prevalencia del virus de la hepatitis C (VHC), un historial de exposición a productos sanguíneos anterior a 1991 y, más recientemente, con la exposición por vía sexual en hombres que practican sexo con otros hombres (HSH). La prevalencia de anticuerpos del VHC entre las personas que viven con VIH es más elevada en Europa del Este (57%), Europa central (34%) y Europa del sur (28,8%) y está muy concentrada en poblaciones urbanas (23). Los genotipos 1 y 3 son los más prevalentes (53% y 29%, de forma respectiva) en personas coinfectadas (24, 25). La prevalencia del VHC en personas usuarias de drogas inyectables ha descendido con el tiempo, pero en Europa occidental ha surgido una epidemia de VHC en HSH relacionada con las prácticas sexuales sin protección, el sexo en grupo y la inyección de sustancias estimulantes (26, 27). El cribado de VHC en personas coinfectadas sigue variando en la región a pesar de las directrices de la EACS que indican que todas las personas con VIH deberían ser sometidas a una prueba de anticuerpos del VHC (de forma anual en el caso de los HSH) y que deberían realizarse pruebas de ARN del VHC en casos de elevación inexplicable de las enzimas hepáticas (28).

Barreras en el tratamiento frente a la hepatitis C (34, 35)

Barreras a nivel de los pacientes	Barreras a nivel de los profesionales sanitarios
<ul style="list-style-type: none">• Falta de conocimientos• Preocupación por los efectos secundarios y la eficacia del tratamiento• Poblaciones marginadas socioeconómicamente• Estigma	<ul style="list-style-type: none">• Falta de directrices de tratamiento• Falta de conocimiento sobre el impacto del VIH sobre la progresión de la enfermedad hepática del VHC• Escasa colaboración entre los especialistas en enfermedades infecciosas y en hepatología• Percepción de que los pacientes coinfectados tienen más riesgo de falta de adherencia y de reinfección• Preocupación por la eficacia y tolerabilidad del tratamiento• Preocupaciones por la complejidad de las interacciones farmacológicas• Coste del tratamiento

En ausencia de diagnóstico y tratamiento, el riesgo de progresión de la enfermedad hepática en personas coinfectadas por VIH y VHC es mayor que entre la población general. La proporción de personas coinfectadas que reciben tratamiento frente a la hepatitis C sigue siendo muy baja (inferior al 5% anual en la cohorte EuroSIDA) (23). Aunque tener la carga viral indetectable gracias al tratamiento antirretroviral reduce el riesgo de progresión de fibrosis en personas coinfectadas por VIH y VHC, los pacientes en estadio F4 de fibrosis siguen corriendo un elevado riesgo de sufrir descompensación hepática, especialmente cuando los recuentos de plaquetas son bajos (<105) (29-31). Evitar la descompensación hepática y el trasplante de hígado resulta de especial importancia en personas coinfectadas, cuyos resultados tras el trasplante son desfavorables en comparación con los pacientes mono infectados (32). Las personas coinfectadas deberían ser consideradas como un grupo de alta prioridad para recibir el tratamiento con antivirales de acción directa (DAA), tal como recomiendan las directrices de 2014 de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas (AASLD) (33).

El tratamiento de la hepatitis C con los nuevos regímenes de DAA sin interferón ha ofrecido tasas de curación superiores al 80% en ensayos clínicos con personas coinfectadas, incluyendo personas con cirrosis y pacientes respondedores nulos a un tratamiento previo con el genotipo 1a del VHC (36-39). Algunas combinaciones de DAA sin interferón presentan unas interacciones farmacológicas mínimas con los antirretrovirales. Las directrices de EACS recomiendan que las personas coinfectadas en estadio F2-F4 de fibrosis sean tratadas con dos o tres DAA, o con interferón pegilado/ribavirina más un DAA (exceptuando telaprevir o boceprevir). Los pacientes con cirrosis compensada deberían ser tratados en centros especializados (28). Los costes económicos constituyen la principal barrera para acceder al tratamiento frente a la hepatitis C en todos los países europeos. Un modelo matemático del coste que supondría en Francia halló que tratar con sofosbuvir y daclatasvir (+/- ribavirina) a 56.000 pacientes en estadio F2-F4 de fibrosis supondría un gasto de entre 2.300 y 3.100 millones de euros en tres años (40).

Los activistas europeos han reclamado la implementación de un plan de acción estratégico en toda la Unión Europea para abordar el diagnóstico y tratamiento del VHC, así como un modelo de fijación de precios que permita el acceso universal al tratamiento con las actuales restricciones presupuestarias. Los activistas también han reclamado el acceso compasivo sin restricciones a los DAA hasta que se completen las negociaciones de precios, así como el establecimiento de unas directrices nacionales de cribado y tratamiento que se centren en las necesidades clínicas con independencia del coste del tratamiento (41).

La OMS está desarrollando una estrategia sobre las hepatitis víricas con un enfoque basado en la salud global y llevará a cabo consultas en Europa durante el primer trimestre de 2015.

El debate de consenso identificó las siguientes medidas prioritarias de acción sobre la coinfección por VHC:

- Es inaceptable un tratamiento inferior al estándar.
- Existe la necesidad de contar con el apoyo de las sociedades clínicas en el activismo contra los precios de los fármacos inaceptablemente elevados.
- Se puede recurrir a las flexibilidades de los acuerdos TRIPS para permitir que los países emitan licencias obligatorias por temas de salud pública.
- Deberían actualizarse las directrices con más frecuencia para tener en cuenta el rápido ritmo de desarrollo de fármacos y las mejoras en el estándar de cuidado.
- Hay muchas lecciones que pueden extraerse del campo del VIH para conseguir una respuesta exitosa frente a las hepatitis víricas en Europa.
- Es necesario realizar más investigación para determinar qué pacientes corren un mayor riesgo de sufrir descompensación hepática.
- Es necesario contar con más datos sobre las complicaciones no hepáticas de la hepatitis C en pacientes coinfectados.

Referencias

1. Waters L, Sabin CA. Late HIV presentation: Epidemiology, clinical implications and management. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2011;9(10):877-89.
2. Antinori A, Coenen T, Costagliola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: A consensus definition. *HIV Med.* 2011;12(1):61-4.
3. Mocroft A, Lundgren JD, Sabin ML, Monforte A, Brockmeyer N, Casabona J, et al. Risk factors and outcomes for late presentation for HIV-positive persons in Europe: Results from the collaboration of observational HIV epidemiological research europe study (COHERE). *PLoS Med.* 2013;10(9):e1001510.
4. Touloumi G, Pantazis N, Babiker AG, Walker SA, Katsarou O, Karafoulidou A, et al. Differences in HIV RNA levels before the initiation of antiretroviral therapy among 1864 individuals with known HIV-1 seroconversion dates. *AIDS.* 2004; 20;18(12):1697-705.
5. Pantazis N, Porter K, Costagliola D, De Luca A, Ghosn J, Guiguet M, et al. Temporal trends in prognostic markers of HIV-1 virulence and transmissibility: An observational cohort study. *Lancet Hiv.* 2014 /12/1;1(3):e119-26.
6. Kutsyna G. Which conditions are indicators for HIV testing across Europe? results from HIDES II. HepHIV 2014 conference; 5-7 October; Barcelona; 2014.
7. Lazarus JV, Jurgens R, Weait M, Phillips A, Hows J, Gatell J, et al. Overcoming obstacles to late presentation for HIV infection in Europe. *HIV Med.* 2011;12(4):246-9.
8. Gokengin D, Geretti AM, Begovac J, Palfreeman A, Stevanovic M, Tarasenko O, et al. 2014 european guideline on HIV testing. *Int J STD AIDS.* 2014;25(10):695-704.
9. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.
10. Hill A, Pozniak A, Heath K, Raymond A, Ford N. Higher antiretroviral treatment coverage is associated with lower adult HIV infection rates: Analysis of 51 low and middle-income countries. 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
11. Palella F, Armon C, Chmiel J, et al. Higher CD4 at ART initiation predicts greater long term likelihood of CD4 normalization [abstract 560]. Special issue: Abstracts from the 2014 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. *Top Antivir Med.* 2014; 22 (e-1):272.
12. an der Heiden M, Zoufaly A, Sabin C, et al. The clinical impact of viral load copy years in antiretroviral-naïve HIV seroconverters [abstract 291]. Special Issue: Abstracts from the 2014 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. *Top Antivir Med.* 2014; 22 (e-1): 128.
13. Rodger A, Bruun T, Cambiano V, et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study [abstract 153LB]. In Special Issue: Abstracts from the 2014 Conference on Retroviruses and Opportunistic

- Infections. *Top Antivir Med.* 2014; 22 (e-1): 24.
14. Blasco AJ, Llibre JM, Arribas JR, Boix V, Clotet B, Domingo P, et al. Analysis of costs and cost-effectiveness of preferred GESIDA/national AIDS plan regimens for initial antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus infected adult patients in 2013. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013 Nov;31(9):568-78.
 15. Raymond A et al. Large disparities in HIV treatment cascades between eight European and high-income countries: analysis of break points. *International Congress of Drug Therapy in HIV Infection*, abstract O-237, Glasgow, 2014.
 16. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Migrants, monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 progress report. Stockholm: ECDC; 2013.
 17. Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, Sahalchik E, Astrauko A, van Gemert W, et al. Alarming levels of drug-resistant tuberculosis in Belarus: Results of a survey in Minsk. *Eur Respir J.* 2012;39(6):1425-31.
 18. Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, Sahalchik E, Astrauko A, Hoffner S, et al. Multidrug-resistant tuberculosis in Belarus: The size of the problem and associated risk factors. *Bull World Health Organ.* 2013;1;91(1):36-45.
 19. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014. Stockholm: ECDC; 2014.
 20. Efsen AM, Schultze A, Post F, Panteleev A, Furrer H, Miller R, et al. Major challenges in clinical management of TB/HIV co-infected patients in Eastern Europe compared with Western Europe and Latin America. *J Int AIDS Soc.* 2014;17(4 Suppl 3):19505.
 21. Podlekareva DN, Mocroft A, Post FA, Riekstina V, Miro JM, Furrer H, et al. Mortality from HIV and TB coinfections is higher in Eastern Europe than in Western Europe and Argentina. *AIDS*;23(18):2485-95.
 22. Post FA, Grint D, Werlinrud AM, Panteleev A, Riekstina V, Malashenkov EA, et al. Multi-drug-resistant tuberculosis in HIV positive patients in Eastern Europe. *J Infect.* 2014; 68(3):259-63.
 23. Peters L, Mocroft A, Lundgren J, Grint D, Kirk O, Rockstroh J. HIV and hepatitis C co-infection in Europe, Israel and Argentina: A EuroSIDA perspective. *BMC Infect Dis.* 2014;14 Suppl 6:S13,2334-14-S6-S13.
 24. Esteban JI, Sauleda S, Quer J. The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe. *J Hepatol.* 2008 Jan;48(1):148-62.
 25. Soriano V, Mocroft A, Rockstroh J, Ledergerber B, Knysz B, Chaplinskas S, et al. Spontaneous viral clearance, viral load, and genotype distribution of hepatitis C virus (HCV) in HIV-infected patients with anti-HCV antibodies in Europe. *J Infect Dis.* 2008;198(9):1337-44.
 26. Urbanus AT, van de Laar TJ, Stolte IG, Schinkel J, Heijman T, Coutinho RA, et al. Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men: An expanding epidemic. *AIDS* 2009;23(12):F1-7.
 27. Schmidt AJ, Rockstroh JK, Vogel M, An der Heiden M, Baillot A, Krznanic I, et al. Trouble with bleeding: Risk factors for acute hepatitis C among HIV-positive gay men from Germany—a case-control study. *PLoS One.* 2011;6(3):e17781.
 28. European AIDS Clinical Society: European guidelines for treatment of HIV-infected adults in Europe, version 7.1 [Internet]. Brussels: European AIDS Clinical Society; 2014 [updated November; cited 21 January 2015]. Available from: www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html
 29. Macias J, Berenguer J, Japon MA, Giron JA, Rivero A, Lopez-Cortes LF, et al. Fast fibrosis progression between repeated liver biopsies in patients coinfected with human immunodeficiency virus/hepatitis C virus. *Hepatology.* 2009;50(4):1056-63.
 30. Macias J, Marquez M, Tellez F, Merino D, Jimenez-Aguilar P, Lopez-Cortes LF, et al. Risk of liver decompensation among HIV/hepatitis C virus-coinfected individuals with advanced fibrosis: Implications for the timing of therapy. *Clin Infect Dis.* 2013;57(10):1401-8.
 31. Lo Re V, 3rd, Kallan MJ, Tate JP, Localio AR, Lim JK, Goetz MB, et al. Hepatic decompensation in antiretroviral-treated patients co-infected with HIV and hepatitis C virus compared with hepatitis C virus-monoinfected patients: A cohort study. *Ann Intern Med.* 2014;160(6):369-79.
 32. Duclos-Vallee JC, Feray C, Sebagh M, Teicher E, Roque-Afonso AM, Roche B, et al. Survival and recurrence of hepatitis C after liver transplantation in patients coinfected with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus. *Hepatology.* 2008;47(2):407-17.
 33. Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C [Internet]. USA: AASLD, IDSA; 2014 [updated 19 December 2014; cited 21 January 2015]. Available from: www.hcvguidelines.org/.
 34. Papatheodoridis GV, Tsochatzis E, Hardtke S, Wedemeyer H. Barriers to care and treatment for patients with chronic viral hepatitis in Europe: A systematic review. *Liver Int.* 2014;34(10):1452-63.
 35. Treloar C, Rance J, Dore GJ, Grebely J, ETHOS Study Group. Barriers and facilitators for assessment and treatment of hepatitis C virus infection in the opioid substitution treatment setting: Insights from the ETHOS study. *J Viral Hepat.* 2014;21(8):560-7.
 36. Molina J, Orkin C, Iser D, et al. All-oral therapy with sofosbuvir plus ribavirin for the treatment of HCV genotypes 1, 2, 3 and 4 infection in patients co-infected with HIV (PHOTON-2). 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
 37. Lawitz E., et al. Efficacy and safety of MK-5172 and MK-8742 +/- ribavirin in hepatitis C genotype 1 infected patients

- with cirrhosis or previous null response: Final results of the C-WORTHY study (parts A and B). [abstract 196]. American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Liver Meeting, Boston. 2014.
38. Osinusi A, Townsend K, Nelson A, Kohli A, Gross C, Polis MA, et al. use of sofosbuvir/ledipasvir fixed dose combination for treatment of HCV genotype-1 in patients coinfecting with HIV. *J Hepatol* 2015;60(1):S7.
 39. Sulkowski M, Eron J., D. Wyles D, et al. TURQUOISE-I: Safety and efficacy of ABT-450/r/ombitasvir, dasabuvir, and ribavirin in patients co-infected with hepatitis C and HIV-1. 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
 40. Deuffic-Burban S., Obach D., Canva-Delcambre V., et al. Projecting the budget impact of interferon (IFN)-free directacting antiviral (DAA)-based regimens for hepatitis C treatment in France: A model-based analysis (ANRS 95141). [abstract 1749]. Special issue: The 65th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases: The Liver Meeting 2014, volume 60, issue supplement S1, pages 1040A-1048A, October 2014.
 41. Sitges VII declaration [Internet]. Brussels: European AIDS Treatment Group; 2014 [updated 17 November 2014; cited 21 January 2015]. Available from: www.eatg.org/gallery/171311/Sitges%20VII%20Declaration.pdf

Informe resumen: Encuentro Ministerial de Alto Nivel sobre VIH

28-29 de noviembre de 2014. Roma, Italia

Introducción

El Encuentro Ministerial de Alto Nivel sobre VIH se llevó a cabo a iniciativa de la Presidencia Italiana de la Unión Europea (que finalizó el 31 de diciembre de 2014) y su objetivo era renovar el compromiso de la Unión Europea para combatir el VIH y el sida en la región europea 10 años después de la Declaración de Dublín sobre VIH. El evento contó con la participación de representantes de instituciones de la Unión Europea y ministerios de sanidad y también contó con importantes agentes implicados, como OMS Europa, el Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la malaria, la Sociedad Clínica Europea sobre el Sida (EACS) y representantes de la sociedad civil, como el Foro de la Sociedad Civil sobre VIH/Sida y el Grupo Europeo sobre Tratamientos del Sida (EATG), para discutir sobre las prioridades y las principales preocupaciones.

Vytenis Andriukaitis, Comisionado Europeo sobre Salud y Seguridad Alimentaria, abrió el encuentro con una decidida declaración de compromiso contra la discriminación, en favor de la inclusión social y promoviendo medidas de acción frente al VIH en las poblaciones clave afectadas.

El Comisionado señaló la existencia de importantes diferencias entre países y la necesidad de contar con una Unión Europea en temas de salud para superar las desigualdades en sanidad en la Unión Europea y para colaborar con los países vecinos. También apuntó la necesidad de abordar el problema de las coinfecciones.

10 años de la epidemia de VIH en Europa: Informe de ECDC-OMS

Nedret Emiroglu, OMS Europa, Copenhague, Dinamarca; Marc Sprenger, Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, Estocolmo, Suecia.

En la Declaración de Dublín (2004) se manifestó la ambición de detener, y reducir, la creciente tasa de diagnósticos de VIH en la región europea. Sin embargo, en el conjunto de dicha región, el número de diagnósticos de VIH aumentó en un 80% entre 2004 y 2013. Este aumento se atribuye en gran medida a un incremento sustancial de los diagnósticos en Europa del Este. Desde 2004, la tasa de diagnósticos por cada 100.000 habitantes ha permanecido estable en Europa Occidental y Central (6,5 por cada 100.000 habitantes en 2004 y 6,2 por cada 100.000 habitantes en 2013). En Europa del Este, la tasa de diagnósticos de VIH ha aumentado en un 126% desde 2004, hasta llegar a 28 por cada 100.000 habitantes en 2013. A lo largo de la región europea, en 2013 se produjeron 136.000 diagnósticos de VIH, de los cuales 29.157 tuvieron lugar en países de la Unión Europea y el Área Económica Europea (EEA). El 59% de todos los diagnósticos de la región en 2013 se realizaron en la Federación Rusa, el 13% en Ucrania y el 20% en Europa occidental y central.

Diagnósticos de VIH en 2013, por categorías de exposición (UE/EEA)		Cambios a lo largo de la última década
HSH	42%	+33%
Heterosexual	21%	-14%
Heterosexual (de un país con una epidemia de VIH generalizada)	11%	-61%
Usuario de drogas inyectables	5%	-36%
Transmisión de madre a hijo	<1%	-37%
Ruta de exposición desconocida	20%	Datos no disponibles

Existe un aumento sostenido de la epidemia entre hombres que practican sexo con otros hombres (HSH) en la mayor parte de los países. En la Unión Europea, la población de HSH constituye el grupo más importante a quien dirigir las acciones preventivas del VIH, y el aumento de nuevos casos en Europa Central es notable. Aunque los diagnósticos de VIH han descendido entre los inmigrantes procedentes de países con epidemias generalizadas, no existe un análisis de los motivos de este descenso y se carece de información sobre VIH entre los inmigrantes recientes procedentes de América Latina y Asia, así como sobre la transmisión del VIH entre las comunidades inmigrantes. Los diagnósticos de VIH han descendido de forma sustancial entre la población de usuarios de drogas inyectables, aunque se han registrado brotes en algunos países.

Por comparación, desde 2004 los diagnósticos de VIH han aumentado entre los usuarios de drogas inyectables (+49%), personas heterosexuales (+195%) y el grupo 'otros/no determinado' (+160%) en Europa del Este. De los casos en que se conoce la vía de transmisión, el 50% fueron personas heterosexuales y el 45%, personas usuarias de drogas inyectables. Son necesarios datos más fiables sobre el VIH en HSH en Europa del Este.

El número de muertes relacionadas con sida en la UE/EEA ha descendido en un 75% desde 2004, hasta llegar a unas 1.000 anuales, mientras que el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral casi se ha duplicado, desde 174.273 en 2004 a 333.699 en 2013.

El **coste del tratamiento antirretroviral** sigue suponiendo un reto para algunos países de la región debido a las restricciones presupuestarias, el aumento en los diagnósticos de VIH y el coste de los fármacos antirretrovirales. El coste promedio varía de forma sustancial incluso de un país a otro de ingresos similares. Mientras que el coste promedio anual de la terapia antirretroviral es de unos 10.000 euros en Países Bajos, alcanza los 17.500 en Alemania. En Europa Central y del Sur, el coste anual varía entre los 7.142 euros en España y los 10.000 de Polonia. En las repúblicas bálticas, el coste oscila entre los 3.834 euros en Estonia y los 7.240 en Lituania. Muchos países del sudeste y este europeo, que han dependido del Fondo Global para comprar fármacos, se enfrentarán a un enorme reto una vez dejen de contar con el apoyo del Fondo.

Los países de la región europea registran grandes variaciones en **la cobertura de medidas clave de prevención y diagnóstico del VIH**. La cobertura de los programas de reducción de daños para las personas usuarias de drogas inyectables (UDI) se monitorea a partir del porcentaje estimado de usuarios de drogas que reciben terapia de sustitución de opiáceos y el número de jeringuillas distribuidas por cada UDI. Se registraron unos niveles muy bajos de cobertura de terapia de sustitución (< 5%) en Ucrania, Letonia, Moldavia, Azerbaiyán y Kazajistán. La cobertura fue superior al 60% únicamente en 6 países: Dinamarca, Finlandia, Luxemburgo, Malta, Países Bajos y España. La cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas fue baja en la mayor parte de los países. Solo cinco naciones tuvieron una cobertura superior a 200 jeringuillas por usuario de drogas al año (Croacia, Estonia, Kazajistán, Noruega y España). No se dispuso de datos de 12 países de la UE.

La cobertura de la **prueba del VIH** (determinada a partir de la proporción estimada de la población que la realizó en 2013) fue baja en todas las poblaciones clave. Solo seis países de la UE registraron una cobertura superior al 50% entre la población HSH en 2013 y únicamente 4 registraron una cobertura superior al 50% en población de UDI (no se dispuso de datos de 15 países de la UE).

El **diagnóstico tardío** sigue constituyendo un problema crítico en toda la región. En Europa del Este y Asia central, el 49% de las personas son diagnosticadas cuando su recuento de CD4 está por debajo de 350 células/mm³. El diagnóstico tardío también constituye un problema crítico en poblaciones migrantes con poco acceso a la atención sanitaria.

Los **inmigrantes en situación administrativa irregular** tienen una desventaja particular en lo que se refiere a la realización de pruebas, prevención, tratamiento y atención del VIH. Esta población no tiene acceso al tratamiento en 12 estados de la UE, principalmente en Europa central. Estas personas se encuentran con barreras prácticas para acceder a los servicios de diagnóstico y tratamiento en la mayor parte de los países.

El Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC) ha identificado cinco prioridades de acción en la región europea para invertir el incremento en el número de casos de VIH.

1. **Prevención dirigida a las poblaciones clave a una escala adecuada:** hombres que practican sexo con otros hombres, personas usuarias de drogas inyectables, inmigrantes, personas privadas de libertad y personas trabajadoras sexuales. Existe una cobertura variable de las intervenciones de reducción de daños incluso dentro de la UE.
2. **Un aumento de la cobertura y frecuencia de la prueba del VIH** para reducir la tasa de diagnósticos tardíos. La realización de la prueba debería realizarse a nivel comunitario y los gobiernos deberían buscar métodos innovadores para aumentar la cobertura de la prueba, así como adaptar los esfuerzos a las poblaciones clave en lugar de a la población general. En la actualidad, la cobertura de la prueba del VIH es baja en todas las poblaciones clave.
3. **Escalado de la cobertura del tratamiento antirretroviral en Europa del Este y hacer que el tratamiento y la atención médica esté accesible a las personas inmigrantes en situación irregular en la Unión Europea.** Los programas nacionales tienen que mejorar las tasas de diagnóstico y supresión viral para poder conseguir el máximo impacto del tratamiento como prevención. En la actualidad, las tasas de diagnóstico siguen siendo bajas, incluso en los países con mejores resultados.
4. **Aumento de la financiación**, especialmente para los servicios clave de la sociedad civil destinados a prevención y reducción de daños.
5. **Un liderazgo político decidido**, tanto en el ámbito nacional como europeo, para movilizar fondos y cambiar actitudes frente al VIH.

Puntos clave de debate

- El inicio temprano del tratamiento antirretroviral desempeña un papel importante en la reducción de la transmisión del

VIH. Para maximizar su potencial es necesario contar con un liderazgo político que permita ampliar la cobertura en Europa del Este.

- Existe la necesidad de disponer de datos de mejor calidad sobre el tamaño de las poblaciones clave en la Unión Europea y Europa del Este y para mejorar la capacidad de realizar una vigilancia epidemiológica que permita caracterizar la carga de VIH en las poblaciones clave y la evolución local de las epidemias de VIH.
- Es necesario una mayor implicación de las organizaciones que defienden los derechos de lesbianas, gais, personas bisexuales y transexuales (LGBT) en la prevención del VIH para poder atraer la atención política sobre la crisis del VIH entre la población de HSH tanto en Europa occidental como del Este.

¿Cómo asegurarse de que no se deja a nadie atrás?

Licia Brussa, Comité Internacional sobre los Derechos de las Trabajadoras Sexuales en Europa; Ton Coenen, Fondo contra el Sida; Simone Marcotullio, NADIR, Italia; Pedro Marques, SER+ Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida, Portugal.

En Europa no se están aplicando intervenciones de elevada efectividad y coste-efectivas debido a motivos económicos e ideológicos presentes en los interconectados campos de la salud. El coste de la inacción supondrá un aumento en el gasto de la atención sanitaria y una pérdida del potencial económico a largo plazo debido a la pérdida de años de vida de productividad en las poblaciones predominantemente jóvenes afectadas por el VIH. Las epidemias en la región europea se concentran en poblaciones clave que se enfrentan a discriminaciones y barreras para acceder a la atención médica.

Es necesario que la Unión Europea establezca unos objetivos de recursos ambiciosos y realice una importante inversión estratégica para mejorar la salud pública en Europa del Este. Para conseguir estas inversiones tenemos que revigorizar el activismo y desarrollar una generación de activistas que continúen y amplíen los logros de la sociedad civil en el campo del VIH a lo largo de los últimos 30 años. En particular, es necesario implicar al movimiento activista LGBT en esta causa para conseguir un cambio en el compromiso político.

Personas usuarias de drogas inyectables

Es necesario un firme compromiso político para mantener y ampliar los programas de reducción de daños a fin de mantener la disminución observada en la prevalencia y transmisión del VIH entre la población de UDI en Europa Occidental y mantener la baja prevalencia entre las personas usuarias de drogas inyectables en Europa Central. Es necesario aumentar la inversión en programas de reducción de daños para poblaciones migrantes en la región europea. La lección extraída en Grecia es que la epidemia en la población UDI puede propagarse con rapidez cuando las medidas de reducción de daños dejan de ser adecuadas o no consiguen llegar a las poblaciones inmigrantes. Los elevados niveles de personas usuarias de drogas privadas de libertad y la ausencia de programas de reducción de daños en prisiones contribuyen a que la prevalencia del VIH sea elevada entre la población de UDI.

Personas trabajadoras sexuales

Existen diversas políticas y leyes en la región europea que evitan que las personas trabajadoras sexuales puedan acceder a unos servicios adecuados de prevención del VIH y de salud sexual. La legislación también evita que estas personas puedan controlar su situación laboral y las obliga a trabajar en lugares clandestinos y poco seguros. Las buenas prácticas en la prevención del VIH en relación con el trabajo sexual y el espacio para las intervenciones de salud pública para mejorar la salud sexual de las personas trabajadoras sexuales, se han visto deteriorados por el creciente foco de los artífices de políticas sobre el tráfico y explotación de las mujeres y la igualdad de género. La cobertura del paquete mínimo de prevención de VIH para las personas trabajadoras sexuales es muy pequeña en Europa del Este. Apenas el 3% de estas personas en Rusia y Ucrania tienen acceso al paquete mínimo de prevención del VIH.

Hombres que practican sexo con otros hombres

La prevalencia del VIH sigue aumentando entre la población de HSH en Europa Occidental y Central debido a los bajos niveles de inversión en la prevención del VIH en hombres gais, algo que se suma a otros factores sindémicos. Entre ellos se incluyen los elevados niveles de consumo de drogas y alcohol, la depresión y las actitudes negativas de la sociedad frente a la homosexualidad. La ausencia histórica de campañas de promoción de la salud sexual y la prevención del VIH centrada en HSH que viven con VIH también contribuye a la transmisión del virus y a los elevados niveles de infecciones de transmisión sexual en HSH que viven con VIH.

La cascada de tratamiento en Europa

Martin Donoghoe, OMS Europa; Enrico Girardi, Instituto Nacional de Enfermedades Infeciosas L. Spallanzani, Italia; Nikos Dedes, Grupo Europeo sobre Tratamientos del Sida.

La tercera parte de las personas que viven con VIH en la región europea desconocen su estado serológico y no pueden beneficiarse de la terapia antirretroviral. Aproximadamente el 50% de estos casos son diagnósticos tardíos (con un recuento de CD4 por debajo de las 350 células/mm³). Los diagnósticos de sida se han triplicado en Europa del Este desde 2004, mientras que se han reducido en un 60% a lo largo del mismo periodo en Europa Occidental y Central. Es esencial mejorar las tasas de diagnósticos, derivación a la atención, inicio de tratamiento y retención en la atención para reducir la morbilidad asociada a sida en la región.

La cobertura de tratamiento de las personas elegibles para iniciarlo (recuento de CD4 inferior a 350) sigue siendo extremadamente baja en Europa del Este: en 2012 sólo el 35% de las personas que cumplían los criterios para el inicio del tratamiento lo estaban recibiendo, una de las cifras más bajas del mundo. Este bajo nivel de cobertura del tratamiento también tiene consecuencias sobre la prevención.

Comparativa de cascadas de tratamiento en Europa y Asia central

	Número estimado de casos de VIH	Diagnosticados	Derivados a atención	Retención en atención	En tratamiento	Con carga viral indetectable
Francia	149,000	81%	n/d	74%	16%	52%
Armenia	3700	44%	n/d	28%	16%	14%
Azerbaiyán	9200	47%	n/d	28%	14%	10%
Bielorrusia	24000	50%	n/d	41%	18%	13%
Georgia	4900	52%	44%	38%	26%	20%
Kirguizistán	7600	67%	n/d	28%	12%	?
Rusia	1,360,000	49%	38%	35%	11.5%	9% (<1000)
Ucrania	237,000	86%	59%	?	?	17%

Mejorar las tasas de diagnósticos del VIH constituye el primer paso para reducir los diagnósticos tardíos, los diagnósticos de sida y las muertes en la región europea.

También resulta esencial mejorar la cobertura del tratamiento antirretroviral. Es importante que los gestores de políticas y los gobiernos entiendan los beneficios económicos y para la salud pública de esta intervención. La terapia antirretroviral es una de las escasas intervenciones médicas que no sólo es coste-efectiva sino que ahorra dinero. Incluso al considerarla estrictamente en términos de costes para el sistema sanitario, esta intervención evita costes de hospitalización. Al considerarla en términos de su impacto sobre la esperanza de vida, la terapia antirretroviral permite que una cohorte de adultos jóvenes pueda ser económicamente productiva durante un periodo de vida normal si se tratan de forma óptima. Al considerarla en términos de su beneficio preventivo, la terapia antirretroviral ofrece la posibilidad de evitar posteriores infecciones a lo largo de la vida de la persona, ahorrando así futuros costes de tratamiento. Este 'efecto multiplicador' no se refleja en la mayor parte de los análisis de coste-efectividad y requiere que sea considerado de forma urgente en aquellos países donde la prevalencia de VIH sigue aumentando. También existe la necesidad de que los activistas desarrollen un conjunto más sólido de estimaciones de coste que evidencien el potencial de ahorro que ofrece la terapia antirretroviral para los países donde su cobertura es insuficiente.

Acceso a las medicinas innovadoras

John Ryan, Comisión Europea, Dirección General de Salud y Seguridad del Consumo; Luis Mendão, GAT and EATG, Portugal.

El tema del acceso a los medicamentos innovadores para el tratamiento de la hepatitis C en condiciones de equidad fue una cuestión presentada por el gobierno francés ante el Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea en 2014 y actualmente es objeto de discusión en un Grupo de Trabajo del Consejo y la red de autoridades competentes. La Comisión Europea carece de competencia legal para regular los precios de los medicamentos, responsabilidad que recae en los estados miembros. En este sentido, existen varios instrumentos que la Unión Europea puede utilizar para mejorar el acceso:

- La Comisión puede aumentar el intercambio de información sobre los precios pagados por los medicamentos en los estados miembro para mejorar la transparencia. Esto ayudará a dichos países a conseguir unos mejores precios y a que el mecanismo de fijación de los mismos sea más coherente y predecible.
- El nuevo Mecanismo Conjunto de Compra, establecido por la Decisión Transfronteriza sobre Amenazas Graves para la Salud (que menciona de forma específica la hepatitis C), puede utilizarse para alcanzar economías de escala en las compras. Cuatro estados pueden iniciar un procedimiento y la participación en un procedimiento es voluntaria y abierta a todos los estados que se hayan adherido al uso del mecanismo. Hasta la fecha han firmado hoy ya 18 estados, dos pretendían firmar en diciembre de 2014 y otros cinco más lo harán en 2015.

Se ha propuesto que se establezca un mecanismo en la Unión Europea para valorar las tecnologías para la salud. Actualmente, los estados europeos llevan a cabo 28 valoraciones distintas de los mismos productos. La Comisión Europea está presionando de forma decidida para que se adopten más acciones conjuntas sobre la Valoración de Tecnologías para la Salud.

El precio de los antivirales de acción directa (DAA) para tratar la hepatitis C supone un reto significativo para los sistemas sanitarios de la región europea. A pesar de resultar coste-efectivos y de tener un coste de por vida inferior al tratamiento antirretroviral, el precio de los tratamientos con DAA resulta imposible de afrontar incluso por los sistemas sanitarios de los países más ricos de la UE, debido a la elevada cantidad de personas que necesitan esa terapia. El precio de los DAA y otros medicamentos innovadores amenaza con poner en peligro el futuro de los sistemas sanitarios europeos. Si no se puede pagar el creciente coste de los fármacos, se ve amenazado el futuro beneficio de la industria farmacéutica en Europa y queda en cuestión el futuro en la región de la industria farmacéutica basada en la investigación. El actual modelo de fijación de precios es insostenible y la industria tiene que colaborar con los financiadores y los grupos de pacientes para desarrollar un nuevo modelo beneficioso para todas las partes y que permita el acceso y la innovación.

Financiación de la respuesta al VIH en la región europea

Christoph Benn, Fondo Mundial

El Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha aportado 1.400 millones de dólares a la región de Europa del Este y Asia Central desde el año 2004, lo que ha ayudado a proporcionar tratamiento a un total acumulado de 85.000 personas desde entonces. Están comprometidos otros 680 millones de dólares para esa región en el período 2014-16 (28% a Ucrania, 10% a Uzbekistán y 9% a Georgia) con el fin de estabilizar la prevalencia del VIH y de contener la propagación de los casos de tuberculosis multirresistente (MDR) y extremadamente resistente a fármacos (XDR). El mantener el apoyo político a la financiación de los programas frente al VIH y tuberculosis en esta región resulta complicado debido a la fortaleza del compromiso político para destinar partidas de financiación centradas en la pobreza, especialmente por parte de los ministerios de exteriores y desarrollo de Europa del Norte. Para establecer el apoyo político a una respuesta programática mejorada en la región de Europa del Este y Asia Central, es necesario realizar un mayor nivel de activismo en el ámbito nacional y también de forma multilateral.

Puntos de debate:

- Hubo un acuerdo general en que hay que realizar tareas de cabildeo en Alemania, Reino Unido y los países nórdicos para que cambien sus políticas de financiación hacia la región de Europa del Este y Asia Central.
- Los enfoques multisectoriales resultan fundamentales en las respuestas exitosas contra el VIH en el África subsahariana y es necesario avanzar hacia un modelo similar para abordar el VIH y la tuberculosis en Europa del Este, con la participación de los ministerios de justicia y los de interior.

Conclusiones clave de la conferencia

Los participantes en la conferencia estuvieron de acuerdo en la necesidad de contar con un compromiso político renovado a escala europea y en que el borrador de la declaración sobre VIH y sida propuesto por la Presidencia italiana requiere un mayor debate. La Presidencia italiana se comprometió a llevar las conclusiones del Encuentro de Alto Nivel para su debate más a fondo por parte de los estados miembros de la Unión Europea a fin de conseguir un consenso en un conjunto de objetivos actualizados desde la Declaración de Dublín. La declaración será seguida por la Presidencia de Letonia y Luxemburgo y la Comisión se ofreció a respaldar el proceso. También se sugirió que se invitasen a los representantes de las próximas presidencias –y de otros estados miembro interesados– a unirse al Comité Consultivo Externo.

La necesidad de una acción europea

1. **El VIH y sus comorbilidades**, principalmente la tuberculosis, las hepatitis víricas y otras infecciones de transmisión sexual, **siguen suponiendo un importante reto para la salud pública, los derechos humanos y la igualdad en Europa**. A diferencia de la tendencia mundial descendente, los nuevos casos de VIH están aumentando, especialmente en Europa del Este y Asia Central y en toda la región entre las poblaciones clave afectadas que han quedado atrás: usuarios de drogas inyectables y sus parejas sexuales, hombres que practican sexo con hombres, personas transexuales, inmigrantes y minorías étnicas, personas trabajadoras sexuales y personas privadas de libertad.
2. **Es necesario fijar unas metas y acciones ambiciosas**: para el año 2020, Europa debería poder garantizar que los paquetes de medidas exhaustivos, integrados y centrados en las personas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH y las comorbilidades lleguen a todas las poblaciones clave y abordan las necesidades específicas de los subgrupos, cumpliendo con las directrices de la OMS.
3. **Actualmente, Europa cuenta con el conocimiento y los recursos para alcanzar el objetivo de poner fin a la epidemia de sida**. Es necesario contar con un liderazgo político activo y una vigilancia epidemiológica a escala nacional y europea para garantizar que se implementen las políticas basadas en pruebas científicas, que los focos de atención y los recursos se mantienen, se dirigen a las poblaciones diana y se llevan a cabo en la escala necesaria.

Poblaciones clave

1. En la UE/EEA, muchos países han conseguido frenar con éxito la epidemia de VIH entre la población de usuarios de drogas mediante la implementación de medidas de reducción de daños integrales y orientadas a las necesidades. Es necesario mantener la atención y la determinación para **evitar la erosión de nuestros esfuerzos en la reducción de daños, y los progresos ya realizados** resultan esenciales para poner fin a la epidemia de VIH entre la población de personas usuarias de drogas inyectables.
2. El aumento del apoyo para una respuesta eficaz a la creciente epidemia de VIH entre las personas usuarias de drogas inyectables y sus parejas sexuales –especialmente en Europa del Este y Asia Central– y **para garantizar la implementación completa de los programas integrales de reducción de daños** (incluyendo la terapia de sustitución con opiáceos) para dicha población, incluyendo en las prisiones, en toda Europa.
3. Europa tiene epidemias de VIH concentradas, lo que exige **un liderazgo político para superar el estigma y la discriminación** experimentados por las personas que viven con VIH y las poblaciones clave, además de las muertes relacionadas con sida y **conseguir un escalado de los recursos** para hacer frente a las necesidades de las poblaciones clave afectadas y de salud pública.
4. Resulta urgente contar con **enfoques innovadores** para abordar la epidemia de VIH, VHC y otras infecciones de transmisión sexual entre los hombres que practican sexo con otros hombres, así como el número desproporcionadamente elevado –y creciente– de nuevas infecciones entre la población inmigrante en algunos países.
5. Los gobiernos y otros actores implicados deben garantizar que **las personas que viven con VIH y las poblaciones clave están en el centro de la respuesta al VIH y las infecciones**. Existe la urgente necesidad de invertir en su capacidad para implicarse de forma significativa en todas las etapas de la investigación, planificación, implementación y evaluación.

Acceso al tratamiento

1. **Se debe asegurar el acceso universal a los servicios sanitarios a todas las personas**, con independencia del estatus de residencia o de asegurado de la persona.
2. **El elevado coste del tratamiento**, medicamentos y diagnósticos del VIH y las comorbilidades suponen **una barrera importante** que impide disfrutar de todos los beneficios del tratamiento antirretroviral como herramienta única para prevenir las enfermedades y discapacidades relacionadas con el VIH, evitar las muertes asociadas a sida y prevenir las nuevas infecciones.
3. **Los gobiernos nacionales y la Unión Europea deberían encontrar modos de ofrecer un acceso equitativo y asequible a las medicinas eficaces y las pruebas diagnósticas del VIH y las comorbilidades** – incluyendo la tuberculosis y las hepatitis víricas– para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud nacionales. Esto podría conseguirse mediante la cooperación para implementar estrategias para manejar de forma eficaz el gasto médico, incluyendo los temas relacionados con la fijación de precios asequibles, uso de medicamentos genéricos, las licencias obligatorias, los dispositivos médicos y los mercados pequeños.