



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas al Editor

Sobre «Determinantes de la asistencia irregular a consulta médica en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: resultados de la encuesta hospitalaria de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana, 2002-2012»



About «Factors determining irregular attendance to follow-up visits among human immunodeficiency virus patients: Results of a hospital survey of patients infected with human immunodeficiency virus, 2002-2012»

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Díaz et al.¹, del cual quisiéramos realizar algunas opiniones y aportes.

Un punto importante a considerar es que no existe un consenso sobre el punto de corte para la pérdida del seguimiento de un paciente con VIH en tratamiento antirretroviral (TAR), ya que parece ser dependiente del lugar y del tipo de atención brindada. Por ejemplo, Hassan et al.², en un estudio en Kenya lo menciona como un período ≥ 180 días desde la última consulta, el cual refiere que es el punto de corte recomendado para África, Asia y América Latina, encontrándose una tasa de deserción incidente de 23,1 (IC 95%: 20,6-25,8) y una falta de adherencia a los 6 y 12 meses del 18,4% (IC 95%: 16,0-21,1) y 23,2% (IC 95%: 19,9-25,3), respectivamente. Denison et al.³ en Zambia vio que el TAR fue interrumpido

en un intervalo entre un día a 6 meses; otro estudio en Perú⁴, consideró ≥ 12 meses; Assefa et al.⁵ considera un tiempo de pérdida desde el inicio del TAR hasta el 1.º año y Scott et al.⁶, mencionan que un paciente se considera como perdido si pasan 3 meses desde su última consulta. Finalmente, en una revisión sistemática realizada por Wilkinson et al.⁷, se considera como pérdida en el seguimiento aquel que no acude a una consulta después de un intervalo entre más de 6 semanas y 6 meses, y según solo el número de consultas se consideró la pérdida de 2 o 3 de las mismas. Esto refleja la heterogeneidad de la definición de pérdida de seguimiento, algo que afecta a su vez la definición de asistencia irregular.

En la [tabla 1](#) presentamos otros manuscritos que evalúan las características asociadas a la adherencia al tratamiento, la irregularidad de ir a una consulta, la pérdida de seguimiento en la atención, la frecuencia de asistencia a consulta y las razones para no adherencia al TAR. Una de las razones más comunes para no tener adherencia al tratamiento es el estigma que tienen los pacientes al presentar una infección como el VIH^{3-5,8}.

Esta heterogeneidad de definiciones y resultados hacen difícil comparar con otras realidades. Se hace necesario ver alguna forma de estandarizar las definiciones de pérdida del seguimiento, e incluso irregularidad (ya que podría ser un paso previo a la pérdida de seguimiento). Asimismo, factores como estigma y determinantes sociales deben ser explorados en las evaluaciones, sobre los factores de riesgo para la retención en cuidado para el VIH, ya que hay evidencia de la fuerte relación de estos con la retención.

Tabla 1
Características asociadas a la adherencia del tratamiento

Autor del estudio/ característica	Díaz	Hassan	Denison	Valenzuela	Assefa	Scott	Wilkinson	Bezabhe	McMahon ⁹
Irregularidad en la consulta	13,7%		> 25% en un estudio realizado en adolescentes	37,5%	8-23%	25%	28,6% (dejan el TAR)		4,2-14,1%
Pérdida de seguimiento en la atención	Mayor, entre 25-49 años	≥ 180 días desde la última consulta	Desde un día a 6 meses	≥ 12 meses desde la última consulta	Desde el inicio del TAR hasta el 1.º año	Continúa hasta 3 meses después de iniciar su tratamiento	Intervalo entre > 6 semanas y 6 meses desde la última consulta y según el número de consultas se consideró la pérdida de 2 o 3 consultas		
Pacientes que acuden regularmente a consulta	Varones que tuvieron sexo con varones Pacientes con diagnóstico de infección por VIH en el último año	Fue el doble en pacientes de 15-24 años (grupo más joven) Pacientes que escucharon acerca del TAR de pacientes que ya tomaban TAR (en periodos más tempranos de la enfermedad)	Pacientes que: - Cuentan con apoyo familiar, social y recordatorios - Asisten a clínicas que cuentan con grupos de apoyo	Pacientes desde los 26 años en adelante, varón, con vivienda a 30 min del hospital y con poco tiempo de diagnóstico de infección por VIH				Pacientes que cuentan con: - Apoyo y recordatorios - Experiencia de haber mejorado con el TAR	
Razones para no adherencia al TAR		Etapa avanzada de enfermedad Falta de apoyo	Estigma Indisposición para tomar TAR fuera del hogar Divulgación no intencional de la enfermedad del paciente al ser visto recibiendo TAR	Estigma Autoimagen negativa	Estigma Distancia del proveedor del TAR Costo del TAR (por parte del Estado) Preferencias por otra solución Falta de información	Costos de la atención y el tratamiento (por parte del Estado)		Estigma Discriminación Economía Preferencias por otra solución Creer que se han curado del VIH/sida Efecto adverso del TAR	Falta de tiempo Se sentían mejor (sensación de bienestar) Problema psiquiátrico y estresores psicosociales Dificultad para el diagnóstico Dificultad para llegar a atención

Financiación

Este artículo no requirió financiación de ningún tipo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Díaz A, Ten A, Marcos H, Gutiérrez G, González-García J, Moreno S, et al. Determinantes de la asistencia irregular a consulta médica en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: resultados de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana, 2002-2012. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;33:324-30.
- Hassan A, Mwaringa S, Ndirangu K, Sanders E, Rinke de Wit T, Berkley J. Incidence and predictors of attrition from antiretroviral care among adults in a rural HIV clinic in Coastal Kenya: A retrospective cohort study. *BMC Public Health.* 2015;15:478.
- Denison J, Banda H, Dennis A, Packer C, Nyambe N, Stalter R, et al. The sky is the limit: Adhering to antiretroviral therapy and HIV self-management from the perspectives of adolescents living with HIV and their adult caregivers. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:19358.
- Valenzuela C, Ugarte-Gil C, Paz J, Echevarria J, Gotuzzo E, Vermund S, et al. HIV stigma as a barrier to retention in HIV care at a general hospital in Lima, Peru: a case-control study. *AIDS Behav.* 2015;19:235-45.
- Assefa Y, Alebachew A, Lera M, Lynen L, Wouters E, van Damme W. Scaling up antiretroviral treatment and improving patient retention in care: Lessons from Ethiopia, 2005-2013. *Global Health.* 2014;10:43.
- Scott C, Iyer H, McCoy K, Moyo C, Long L, Larson B, et al. Retention in care, resource utilization, and costs for adults receiving antiretroviral therapy in Zambia: A retrospective cohort study. *BMC Public Health.* 2014;14:296.
- Wilkinson L, Skordis-Worrall J, Ajose O, Ford N. Self-transfer and mortality amongst adults lost to follow-up in ART programmes in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health.* 2015;20:365-79.
- Bezabhe W, Chalmers L, Bereznicki L, Peterson G, Bimirew M, Kassie D. Barriers and facilitators of adherence to antiretroviral drug therapy and retention in care among adult HIV-positive patients: A qualitative study from Ethiopia. *PLoS One.* 2014;9:e97353.
- McMahon J, Moore R, Eu B, Tee B, Chen M, El-Hayek C, et al. Clinic network collaboration and patient tracing to maximize retention in HIV care. *PLoS One.* 2015;10:e0127726.

Dayana Guillermo-Ladera e Iris Ventocilla-Gonzales*

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Chorrillos, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iris.vg.30@gmail.com (I. Ventocilla-Gonzales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.07.002>

La aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012 a las personas con VIH. Un ejemplo que evidencia que debe ser derogado por injusto e ineficiente



The applying of a Royal Decree-Law 16/2012 to HIV-infected people. An example showing that it should be repealed as it is unfair and inefficient

Sr. Editor:

Tras la lectura del trabajo «¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España?»¹, recientemente publicado en esa revista, queremos aportar algunas reflexiones al análisis del problema que ha supuesto, y todavía supone, la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012 que excluyó a 873.000 personas del que hasta ese momento fue nuestro Sistema Nacional de Salud.

Ya en 2012, el informe de los expertos del Grupo para el Estudio del Sida -GESIDA-² concluía que la aplicación de este Real Decreto-Ley a una población con una enfermedad crónica, transmisible y con evolución habitualmente mortal sin tratamiento supondría un aumento de los gastos sanitarios a medio-largo plazo y que impactaría negativamente en la Salud Pública de nuestro país, incrementando la morbilidad por sida y otras infecciones de transmisión sexual. Este impacto se puede observar en el diagnóstico tardío, uno de los principales problemas de la epidemia de VIH en España³, que sigue manteniéndose muy elevado en los últimos años. Y que es mayor en inmigrantes, entre los que ha alcanzado el 48,4% en el año 2013. Y como es sabido, el tratamiento precoz es fundamental para evitar la transmisión del VIH, por lo que poner trabas a estas personas en el acceso al diagnóstico únicamente puede causar enfermedad y muerte, no solo para ellos, sino también para el resto de las personas que convivimos con ellos. Y como indican los autores del trabajo¹, si no hay un acceso normalizado a la Atención Primaria no hay posibilidad de realizar un diagnóstico precoz. El diagnóstico se hará cuando el paciente enferme de sida, haya podido infectar a muchas más personas que si se hubiera

diagnosticado precozmente⁴ y resulte 4,5 veces más caro tratar su enfermedad⁵. Por eso, dejar de diagnosticar y tratar a personas con VIH que viven entre nosotros es ineficiente y, lo que es mucho peor, inhumano⁶.

Para evitar esta situación de riesgo para la Salud Pública creada por el Gobierno, la mayoría de las comunidades autónomas pusieron en marcha diversos programas paliativos, en consonancia con lo recomendado por el Consejo Interterritorial de Salud⁷. Pero estos han sido muy dispares y con una difusión muy escasa¹.

En la Comunidad Valenciana, de las 78.000 personas que fueron excluidas del derecho a la asistencia sanitaria en el año 2012, solo a unas 5.000 se les había reconocido de nuevo este derecho a principios de 2015 mediante el «Programa Valenciano de Protección de la Salud»⁸. Y lo que es peor, a pesar de que este programa prevé la inclusión de las personas diagnosticadas de enfermedades infecciosas, el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana⁹ había registrado cerca de 20 incidencias relacionadas con pacientes con VIH. Y esto ha sido debido, entre otras razones, a la escasa difusión del programa que hasta la fecha había hecho la Consejería de Sanidad tanto entre los posibles beneficiarios como entre los sanitarios.

Afortunadamente, algunos gobiernos autonómicos recientemente renovados han comenzado a revertir esta situación¹⁰, facilitando el acceso al sistema sanitario de parte de la población excluida en el año 2012.

Sería de gran utilidad conocer los datos sobre el ahorro que ha supuesto la exclusión de estas 873.000 personas de un derecho tan básico como el de la asistencia sanitaria. Lamentablemente, los responsables políticos del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales no ofrecen estos datos, bien porque no se han preocupado de obtenerlos, bien porque no les interesa que se conozcan.

Y a aquellas personas insolidarias que piensan que los inmigrantes en situación irregular no deben tener derecho a la asistencia sanitaria simplemente porque no contribuyen a la sostenibilidad del sistema sanitario, queremos recordarles que este se financia con los impuestos que pagamos todos. Y los inmigrantes irregulares también pagan impuestos, como el IVA.