



CASO: VARÓN VIH-POSITIVO QUE NO SIGUE EL TRATAMIENTO PAUTADO PERO SÍ ACUDE A REVISIONES EN CONSULTA

CASE: HIV-POSITIVE MALE THAT DOES NOT FOLLOW THE PATIENT TREATMENT BUT IT MAY GO TO REVISED CONSULTATIONS

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO*

Avda de los Derechos Humanos, s/n. 39770, Laredo, Cantabria.
ignagonzaferna@hotmail.com

Recientemente solicitaron a nuestro Comité una respuesta a una consulta formulada en los siguientes términos:

“Se trata de un varón de 28 años, que se sabe infectado por VIH desde hace unos 2 años, que tiene relaciones homosexuales con diferentes parejas, no estables, sin protección contra el contagio y que acude a consulta de medicina interna con periodicidad. Nunca ha aceptado el tratamiento antirretroviral, únicamente se ha tratado otras infecciones de transmisión sexual que han ido ocurriendo durante este tiempo.

¿Qué se puede hacer desde la consulta de medicina interna?”

Aunque resulte tentador, lo que se nos pide aquí no es un juicio moral de la conducta de este paciente. Lo que se nos pide es alguna pista que permita desenmarañar los dilemas que plantean sus visitas periódicas a la consulta, para así poder aprovecharlas para lo que se supone que es su objetivo principal, es decir, mejorar su salud y, de paso, evitar dañar la de los que le

rodean. Para ello, nos detendremos en alguno de los aspectos que llaman la atención en el breve relato de presentación.

1. Incumplimiento terapéutico

No todos los pacientes que acuden a una consulta médica salen de ella decididos a hacer lo que se les dice/aconseja/pauta/ordena. Cualquier profesional con experiencia conoce bronquíticos que no dejan de fumar, cirróticos que no dejan de beber o diabéticos que no adelgazan. Puede que se conformen con tomar la medicación que se les indica confiando a ella la solución de su problema. Este problema del incumplimiento terapéutico empezó a llamar la atención en los años 70 (del siglo pasado) en pacientes hipertensos resistentes al tratamiento. Podía pensarse entonces que era un sencillo problema de no tomarse las pastillas. Pero vemos que en otros contextos clínicos no es sólo eso, el paciente lo que no hace es cambiar una forma de vida. En el problema de la infección por VIH el cuadro reúne una serie de características propias que lo complican más. Junto al factor biológico hay una serie de características sociales que condicionan la manera de enfermar, tanto

* El Comité está formado por Ignacio González Fernández, Marta Cano Hoz, Rosa Díez Cagigal, Víctor Canduela Martínez, Enrique San Emeterio González, Montserrat Arce Gutiérrez, Pilar Hernández Hernández, Inmaculada Gutiérrez Septien, Rosario Ortiz Guzmán, Inmaculada Sierra Saiz y Gurutze Hornilla.

que llega a constituir un problema específico nuevo, incluso se idea un término para él, ya no es una epidemia, es una sindemia y el incumplimiento del tratamiento (“*non-compliant patient*”), recibe también un nombre diferente, en este caso se habla de no-adherencia (“*non-adherent patient*”). El incumplimiento, total o parcial, de la pauta terapéutica antirretroviral no es un problema poco frecuente, como ingenuamente podríamos pensar¹. Y, desde luego, en un Sistema Sanitario Público, como el nuestro, no es una cuestión de acceso al tratamiento. Esta actitud obedece a otro tipo de condicionantes, factores de carácter emocional, la complejidad de las pautas (cada vez más sencillas, dicho sea de paso), los efectos secundarios de los fármacos y la cronicidad del tratamiento². Hay que hacer notar que, por el contrario, el paciente que se nos presenta a debate sí ha aceptado el tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual que ha padecido.

2. Autodestrucción

Si en la consulta vemos bronquíticos que no dejan de fumar, cirróticos que no dejan de beber y aceptamos esa incoherencia, ¿por qué nos plantea recelos esta otra actitud que quizá es más coherente? De alguna manera el paciente comprende que si no se va a cambiar de estilo de vida, no tiene mucho sentido seguir un tratamiento.

Esta actitud autodestructiva ha tenido un soporte cultural en nuestra sociedad, o mejor dicho “contracultural”, que en cierto sentido la ha idealizado. La hemos visto en el cine³, en la literatura⁴ o en la música⁵. Ha lle-

gado a sernos familiar, la hemos acogido entre nosotros y hasta le hemos dado un nombre políticamente correcto, le hemos llamado “conductas de riesgo”.

Es una actitud que ya fue objeto de estudio por parte de Freud, en su ensayo “Más allá del principio del placer” y la idea de autodestructividad fue continuada por su discípulo Jung. Si ya se ha alcanzado el placer, ¿Por qué seguir buscándolo?, ¿Hay placer más allá del placer?, ¿Cuál es el precio a pagar por encontrarlo? Es esa vieja lucha entre la pulsión de placer y la pulsión de muerte, entre Eros y Tánatos. Porque ¿qué tiene sino de atractivo jugar a la “ruleta rusa”? Puede parecernos que hay algo de “ruleta rusa” en el estilo de vida de este paciente. Tener relaciones sexuales es excitante, con desco-

de los muertos a los 27 (Hendrickx, Joplin, Morrison, Cobain o Winhouse)” o la figura de Freddy Mercury, líder de “*The Queen*”, fallecido a la temprana edad de 45 años a causa del SIDA, y posteriormente rodeado de una aureola mítica-, como las letras de sus canciones, así por ejemplo “*Russian roulette*” de Rihanna:

(Letra traducida al español)

“Respira, respira hondo,
cálmate, me dice él,
si juegas, ve a por todas,
coge la pistola y cuenta hasta tres.
Ahora estoy sudando, moviéndome despacio,
no hay tiempo para pensar, es mi turno.
Y puedes ver mi corazón latiendo.
puedes verlo a través de mi pecho,
y estoy aterrorizada, pero no me voy.
Sé que debo pasar esta prueba,
así que simplemente, aprieto el gatillo, el gatillo, el gatillo, el gatillo.
Reza una oración por ti,
me dice: cierra los ojos, a veces ayuda.
Y entonces tengo un pensamiento escalofriante.
Que él está aquí, lo que significa que nunca ha perdido.
Y puedes ver mi corazón latiendo,
puedes verlo a través de mi pecho,
y estoy aterrorizada, pero no me voy.
Sé que debo pasar esta prueba,
así que simplemente, aprieto el gatillo, el gatillo, el gatillo, el gatillo.
Y mi vida se proyecta delante de mis ojos,
me pregunto, ¿veré alguna vez otro amanecer?
Muchos no tendrán la oportunidad de decir adiós.
Pero es demasiado tarde
para darme cuenta del valor de mi vida.
Y puedes ver mi corazón latiendo,
ahora puedes verlo a través de mi pecho.
Dije que estoy aterrorizada pero que no me voy, no,
sé que debo pasar esta prueba.
Así que simplemente, aprieto el gatillo, el gatillo, el gatillo, el gatillo.
Puedes ver mi corazón latiendo,
puedes verlo a través de mi pecho,
estoy aterrorizada, pero no me voy, no.
Sé que debo pasar esta prueba.
Así que simplemente, aprieto el gatillo, el gatillo, el gatillo, el gatillo.”

1 Ortego C, Huedo-Medina TB, Vejo J y Llorca FJ. “Adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. A meta-analysis”. *Gaceta Sanitaria*. 2011; 25: 282-289.

2 Codina Jané C y Martín Conde MT. “Adherencia al tratamiento antirretroviral”. *Revista Clínica Española*. 2005; 205: 201-202.

3 Desde el “Vive rápido, muere joven y deja un bonito cadáver” popularmente puesto en boca de James Dean, pero dicho en realidad por John Dereck en “Llamad a cualquier puerta (1949)”, hasta la autobiográfica “*Leaving las Vegas*”, por la que Nicholas Cage ganó el Oscar de 1995 interpretando a un escritor que, tras una serie de contratiempos vitales, decide beber hasta morir, o “*Trainspotting*” (1996), donde se narran las andanzas de un grupo de jóvenes que eligen vivir camino de la autodestrucción

4 En la literatura hemos tenido a la “Generación *beat*” o a Bukowski o a Mishima. (El placer de matarse <http://www.lavanguardia.com/hemeroteca/20151124/30366354636/literatura-escritores-japon-suicidio-samurais.html>. Consultado Julio 2017)

5 En la música, se han publicitado tanto las vidas aceleradas y transgresoras de los ídolos del rock –hasta el paroxismo del “Club

nocidos puede ser más excitante y sin adoptar medidas preventivas, con riesgo, aún más excitante. La descarga de adrenalina ante la incertidumbre es excitante. La idea de que tras apretar el gatillo no salió la bala da paso al suspiro de alivio, la calma, quién sabe si algún tipo de sentimiento de culpa y el deseo de volver a probar otro día. Podemos pensar que es masoquismo.

Él ya está infectado, no tiene nada que perder⁶, en cierto modo está liberado del miedo a contagiarse. Pero puede infectar a otros. Podemos pensar que es sadismo. Sabe que puede hacer daño. ¿Quién a estas alturas no sabe que el VIH se contagia por vía sexual? ¿Quién a estas alturas no sabe que el VIH trae el SIDA y que el SIDA es una enfermedad grave? Quizá ahí radica parte del problema. ¿Quién a estas alturas no sabe que el SIDA ya no es mortal? Y por si acaso, la propaganda intenta tranquilizar, banalizando el riesgo⁷, ofreciendo soluciones rápidas.

¿Quiere hacer daño porque es lo que ha aprendido, a vivir haciendo daño? ¿Quiere hacer daño porque antes alguien se lo ha hecho a él? Probablemente no haga falta buscar respuestas a estas preguntas. El suyo es un modo de vida que puede compartir. Lo comparte con otros que aceptan estas reglas de juego. Tengamos sexo sin protección. Es lo que queremos y el riesgo de enfermar no nos importa. No adopta medidas de protección porque su compañero eventual acepta que no lo haga. Tal actitud no depende de la cuantificación de la probabilidad de contagio, basta con que exista esa probabilidad, ese riesgo. No importa, ya se lo habrán dicho, que con el tratamiento la "carga viral" se reduce, y con ella la probabilidad de contagio. No importa, ya se lo habrán dicho, que el uso del condón reduzca un 80 % la probabilidad de contagio⁸. Y llegados a este punto, da

6 Técnicamente no es exactamente así. Aún puede contraer otras cepas de VIH, con distinto patrón de resistencia a los antirretrovirales y por tanto, con nuevas dificultades terapéuticas.

7 Ortiz AM. "Más píldoras anti VIH en Urgencias por el World Pride 2017". <http://www.elmundo.es/madrid/2017/06/20/59481dff268e3e34218b4615.html> (Consultado Julio 2017).

Sánchez Mateos A. "Así afrontan los hospitales madrileños la mayor fiesta del World Pride del mundo". <http://www.lavanguardia.com/vivo/Igtb/20170624/423621428950/orgullo-gay-2017-madrid-preparativos-hospitales-pildora-vih.html> (Consultado Julio 2017).

8 Weller SC y Davis-Beatty K. "Using condoms consistently reduces sexual transmission of HIV infection". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. No.: CD003255; 2002.

igual que la relación sea homo o heterosexual. De hecho, el término "barebacking", ideado para las relaciones sexuales entre hombres sin protección ya es aplicable a cualquier relación sexual sin protección. Y la satisfacción de este deseo es muy fácil, con el auge de las redes sociales hay todo un mundo de posibilidades al alcance, a sólo un par de *clicks* de distancia en Internet⁹. Y esto ¿tiene una base psicopatológica susceptible de abordaje terapéutico o es simplemente una lógica de vida guiada por unos valores que se encuentran alejados de los nuestros?

3. Salud pública

El médico puede vivir esta situación como un conflicto entre su compromiso con el paciente como persona y su obligación de velar por la salud del resto de miembros de la comunidad. Quiere respetar la libertad del paciente para tomar las decisiones relativas a su salud. Y sabe que deontológicamente está obligado a guardar la confidencialidad de los detalles de la historia clínica y preservar la intimidad del estilo de vida del paciente (Ley 15/1999, Orgánica de Protección de Datos de carácter personal¹⁰ de 13 de diciembre y Ley 4/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente¹¹ de 14 de noviembre). Pero también sabe que su actividad profesional debe proteger la salud de la población, amenazada por el comportamiento del paciente. Es verdad que hay una ley (de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública 3/1986 de 14 de abril) que permite hospitalizar al causante de una situación sanitaria concreta que suponga un peligro para la salud de la población¹² y hace referencia concreta

9 Bastida Aguilar L. "¿A pelo y sin riesgos? Bareback y prevención". <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/09/ls-central.html> (Consultado Julio 2017).

10 Artículo 7. Datos especialmente protegidos. Párrafo 3. Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una Ley o el afectado consienta expresamente.

11 Artículo 7. El derecho a la intimidad. Párrafo 1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

12 Artículo 2. Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

a las enfermedades transmisibles¹³. Pero entonces poco o nada se sabía del VIH/SIDA ni se podía suponer como iba a cambiar ni su abordaje ni nuestra sociedad.

Este es un punto objeto de controversia donde no faltan los que afirman que el médico tiene el deber de denunciar la situación aunque eso suponga un quebrantamiento de la confidencialidad¹⁴. Probablemente esta actitud dependa de consideraciones socio- culturales, el artículo está redactado en Hong Kong y es duramente contestado después por autores británicos.

4. Criminalizar

Hoy día, aquí, en España, en Europa, no parece probable que poner esta situación en conocimiento de las autoridades diera lugar a la detención y aislamiento del paciente. Es difícil imaginar que un juez ordenara detener a alguien bajo la acusación de estar infectado con el VIH y la ley le condenara a seguir un tratamiento que ya ha dicho que rechaza, por más que en la “Exposición de Motivos” de la Ley 4/2002 de autonomía del paciente se considere que “desde la concepción comunitaria del derecho a la salud” “deben ser considerados los bienes jurídicos referidos a la salud pública” y en su artículo 6 se recoja el derecho a la información epidemiológica¹⁵ y en el 9 se contemplen situaciones en las que los médicos puedan actuar sin el consentimiento del paciente¹⁶. Y des-

13 Artículo 3. Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

14 Chan K. “Doctors have a duty to breach patient confidentiality to protect others at risk of HIV infection”. *The British Medical Journal*. 2013; 346: f1471.

15 Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica. Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

16 Artículo 9. Párrafo 2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

de luego, mucho menos se puede esperar que le ordene modificar su pauta de comportamiento sexual. Aunque existen en el Código Penal vigente los delitos contra la salud pública, su tipificación no tiene nada que ver con la posibilidad de que este paciente transmita su infección. En España, en ocasiones este problema se ha orientado penalmente como delito de lesiones, pero es muy difícil demostrar una intencionalidad de contagiar¹⁷, por no mencionar la aceptación implícita de unas determinadas reglas de juego por parte de sus eventuales parejas, que a fin de cuentas tendrían que ser quienes lo denunciaran. En otros entornos, por ejemplo Canadá¹⁸, ocultar la seropositividad ha sido motivo para anular el consentimiento para la relación sexual, por lo que el portador puede ser acusado, para empezar e independientemente de si finalmente hay contagio, de violación.

La conferencia periódica de la ONU sobre el SIDA, abordó, en su edición de 2002, este problema en su documento “Derecho penal, salud pública y transmisión del VIH”¹⁹, que no excluye el tratamiento penal de estos casos, pero si pone una serie de condiciones para los Estados que opten por esa vía.

Más aún, la criminalización del portador del VIH, por la estigmatización consecuente, es uno de los factores que forman parte del concepto de sindemia en estos casos, con lo que lejos de solucionar el problema, lo más probable es que estuviéramos contribuyendo a agravarlo, que en términos de bioética sería ir contra el principio de no-maleficencia.

5. Relación médico-paciente

El médico a cargo de este paciente puede sentir que sus esfuerzos son estériles y que su tiempo es desaprovechado por el paciente. Puede sentir el impulso de negarse a seguir atendéndole. No sólo como comprensible

17 de Benito E. “Dos no se infectan si uno no quiere”. http://elpais.com/diario/2010/08/27/sociedad/1282860001_850215.html (Consultado Julio 2017).

18 Dunphy B. “AIDS back in spotlight”. <https://www.thespec.com/news-story/2154575-aids-back-in-spotlight/> (Consultado Julio 2017).

19 Elliot R. “Conclusión y recomendaciones”. En: *Derecho penal, salud pública y transmisión del VIH. Un documento de opciones de política*. ONUSIDA, Ginebra, 2002. 44- 48. http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc733-criminallaw_es.pdf (Consultado Julio 2017).

mecanismo de defensa, ante quien parece no valorar esa dedicación, sino en la convicción de que ese tiempo y esfuerzo estaría mejor aprovechado si lo dedicara a atender a otro paciente. Esto podría entenderse incluso como una aplicación del principio de Justicia en la distribución de los recursos.

Podemos decir que si un paciente es autónomo, también lo es el médico. Si el médico se ajusta a la ley, es lógico que espere que el paciente también lo haga. Aunque la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril se da por superada por la Ley de autonomía del paciente de 2002, en su artículo 11 se recogía la obligación del paciente de cumplir las prescripciones del médico. Y de hecho, la Legislación (Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de la Profesiones Sanitarias²⁰) y los Códigos Éticos (Código Deontológico Médico²¹ 2011) contemplan situaciones en las que un médico queda liberado de la obligación de atender a un paciente. Estamos dando por supuesto que no se rechaza atender a ese paciente por el sólo motivo de su orientación sexual.

Pero en todo caso es razonable preguntarse ¿Si no va a seguir un tratamiento, por qué acude a sus citas en el hospital? ¿Qué encuentra en su relación con el médico, que hace que le merezca la pena volver? Parece no querer soltar amarras definitivamente, quiere mantener un punto de apoyo. De algo le está sirviendo lo que el médico le brinda.

La atención de un paciente con una enfermedad crónica, y el caso que nos ocupa lo es, no debe entenderse como una sucesión de encuentros puntuales entre el médico y el paciente. Debe ser vista como un proceso

continuo²², más de intervención que de mera prescripción de fármacos. Con intervención nos referimos a un abordaje multidisciplinar, con participación de trabajadores sociales, que puedan poner en práctica sus habilidades de modificación del contexto social en el que se desenvuelve el paciente²³. En esta línea multidisciplinar, no podemos olvidar la implicación de profesionales de la salud mental, aunque cuesta creer que si no acepta tomar unas pastillas vaya a aceptar un seguimiento, que por su propia naturaleza, también, en cierta medida, estigmatizadora, siempre implican un inicio difícil y un largo recorrido. La OMS pide reforzar los esfuerzos de todos los profesionales sanitarios a favor del cumplimiento del tratamiento²⁴.

6. Conclusiones

1. No es nuestra misión juzgar este comportamiento.
2. Quebrantar la confidencialidad para denunciarle ante las autoridades como un peligro para la salud pública no sólo no prosperaría, sino que podría ser contraproducente.
3. No sería una conducta inética dejar de atenderle profesionalmente, siempre que se pueda encontrar algún otro colega que acepte continuar haciéndolo.
4. El objetivo del tratamiento debería centrarse en las causas de no-adherencia a la pauta medicamentosa, sean éstas conocidas en la literatura específica o cualquier otra que se pueda descubrir.
5. Esto puede requerir la implicación de profesionales de otras ramas.

7. Agradecimiento

A Antonio Pardo, Profesor de Bioética en la Universidad de Navarra, por su revisión y comentarios del texto.

20 Artículo 5. Párrafo 1d). Los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que debe atenderles. Tanto si el ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercerá de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible. En esta situación el profesional puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atenciones sanitarias a dicha persona sólo si ello no conlleva desatención.

21 Artículo 11. El médico sólo podrá suspender la asistencia a sus pacientes si llegara al convencimiento de que no existe la necesaria confianza hacia él. Lo comunicará al paciente o a sus representantes legales con la debida antelación, y facilitará que otro médico se haga cargo del proceso asistencial, transmitiéndole la información necesaria para preservar la continuidad del tratamiento.

22 Kaposy C, Greenspan NR, Marshall Z, Allison J, Marshall S y Kitson C. "Clinical ethics issues in HIV care in Canada: an institutional ethnographic study". *BMC Medical Ethics*. 2017; 18: 9-21.

23 Vázquez Aguado O (coord). "Principales perfiles profesionales de los titulados en trabajo social. Introducción". En: *Libro Blanco. Título de grado en Trabajo Social*. ANECA, Madrid, 2004, 103-107.

24 Henry M. Centro de Prensa de la OMS. "El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Los pacientes no reciben el apoyo necesario". <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/> (Consultado Julio 2017).

Referencias

- Bastida Aguilar L. "¿A pelo y sin riesgos? Bareback y prevención". <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/09/ls-central.html> (Consultado Julio 2017).
- de Benito E. "Dos no se infectan si uno no quiere". http://elpais.com/diario/2010/08/27/sociedad/1282860001_850215.html (Consultado Julio 2017).
- Codina Jané C y Martín Conde MT. "Adherencia al tratamiento antirretroviral". *Revista Clínica Española*. 2005; 205: 201-202.
- Chan K. "Doctors have a duty to breach patient confidentiality to protect others at risk of HIV infection". *The British Medical Journal*. 2013; 346: f1471.
- Dunphy B. "AIDS back in spotlight". <https://www.thespec.com/news-story/2154575-aids-back-in-spotlight/> (Consultado Julio 2017).
- Elliot R. "Conclusión y recomendaciones". En: *Derecho penal, salud pública y transmisión del VIH. Un documento de opciones de política*. ONUSIDA, Ginebra, 2002. 44- 48. http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc733-criminallaw_es.pdf (Consultado Julio 2017).
- Henry M. Centro de Prensa de la OMS. "El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Los pacientes no reciben el apoyo necesario". <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/> (Consultado Julio 2017).
- Kaposy C, Greenspan NR, Marshall Z, Allison J, Marshall S y Kitson C. "Clinical ethics issues in HIV care in Canada: an institutional ethnographic study". *BMC Medical Ethics*. 2017; 18: 9- 21.
- Ortego C, Huedo-Medina TB, Vejo J y Llorca FJ. "Adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. A meta-analysis". *Gaceta Sanitaria*. 2011; 25: 282-289.
- Ortiz AM. "Más píldoras anti VIH en Urgencias por el World Pride 2017". <http://www.elmundo.es/madrid/2017/06/20/59481dff268e3e34218b4615.html> (Consultado Julio 2017).
- Sánchez Mateos A. "Así afrontan los hospitales madrileños la mayor fiesta del World Pride del mundo". <http://www.lavanguardia.com/vivo/lgtb/20170624/423621428950/orgullo-gay-2017-madrid-preparativos-hospitales-pildora-vih.html> (Consultado Julio 2017).
- Vázquez Aguado O (coord). "Principales perfiles profesionales de los titulados en trabajo social. Introducción". En: *Libro Blanco. Título de grado en Trabajo Social*. ANECA, Madrid, 2004. 103- 107.
- Weller SC y Davis-Beatty K. "Using condoms consistently reduces sexual transmission of HIV infection". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. No.: CD003255; 2002.