



Poner fin a la epidemia

Una valoración de las políticas sobre el VIH en España, incluyendo recomendaciones para mejorar la vida de las personas con el VIH o en riesgo de adquirirlo



Junio de 2019

kpmg.com/uk

Este informe ha sido encargado y financiado por Gilead Sciences Europe Ltd. ("Gilead").

El informe ha sido recopilado por KPMG LLP UK (KPMG) y dirigido por un Grupo de Dirección compuesto por personas expertas en el VIH procedentes del ámbito político, médico y comunitario. El Grupo de Dirección mantuvo el control editorial del informe.



01

Resumen ejecutivo

La respuesta de España frente a la infección por el VIH ha tenido un fuerte y positivo impacto sobre la evolución de la epidemia. El número de fallecimientos debidos a enfermedades relacionadas con el VIH está disminuyendo y se ha producido un modesto, aunque progresivo, descenso en el número de nuevos diagnósticos de VIH^[1]. En la actualidad, casi el 73% de las 146.500 personas con el VIH tienen carga viral indetectable gracias al tratamiento^[2]. Se trata de unos resultados muy satisfactorios, pero también es cierto que persisten ciertos retos que deben abordarse si España quiere cumplir su objetivo de poner fin a la epidemia de una vez por todas.

A día de hoy, se estima que unas 20.222 personas (13,8% del total) están infectadas por el VIH y no lo saben. Las tasas de diagnóstico tardío¹ –factor relacionado con un mayor riesgo de morbilidad– son elevadas (se calcula que representaron el 47,8% de los nuevos diagnósticos del VIH en 2017). Los cambios demográficos están suponiendo la aparición de nuevas poblaciones en situación de riesgo², ya que, por ejemplo, las tasas de diagnósticos tardíos son más elevadas en mujeres que en

hombres (50,6% frente al 47,2%). El estigma sigue presente y, en ocasiones, supone una barrera para el acceso a los servicios de atención. Por último, también es necesario abordar las necesidades a largo plazo de salud y bienestar de las personas con el VIH, especialmente teniendo en cuenta el elevado número de personas con 50 años o más^[3].

La actual estrategia nacional española frente al VIH está detallada en el Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS, 2017-2020, publicado en 2018 por el Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social (Ministerio de Sanidad), como prórroga del plan anterior (de 2013 a 2016)^{[4],[5]}. Para entender su eficacia a la hora de abordar los nuevos y emergentes retos de la epidemia, el Grupo de Dirección³ llevó a cabo una valoración de las políticas españolas sobre el VIH. Se analizaron con detalle los distintos pasos del continuo de atención del VIH (sensibilización, prevención, realización de pruebas y cribado, tratamiento clínico específico del VIH y salud holística a largo plazo) para identificar tanto los puntos fuertes como aquellos donde existe margen de mejora.

1. Un diagnóstico 'tardío' es aquel que se realiza cuando el tratamiento antirretroviral ya debería haberse iniciado. Actualmente, se considera 'tardío' un diagnóstico realizado cuando el recuento de CD4 está por debajo de 350 células/mm³. Fuente: ONUSIDA.
 2. En la figura 5, de la sección Metodología del reportage Europeo, se encontrará un listado de poblaciones en situación de alto riesgo.
 3. En la tabla 1, de la sección Metodología del reportage Europeo, se encontrará un listado completo de los miembros del Grupo de Dirección.



Sensibilización

Existen campañas sobre el VIH a nivel nacional, autonómico y local, aunque su número y frecuencia varían. Se puede hacer más para aumentar la sensibilización entre la población general y para abordar el estigma.



Prevención

Las actividades de prevención varían dentro del país y podría ser útil un marco de trabajo sobre prevención combinado a nivel nacional para aunar esfuerzos.



Realización de pruebas y cribado

Existen políticas y directrices detalladas (incluyendo el cribado universal en determinados entornos) que promueven que se ofrezca la realización de la prueba. Sin embargo, es necesaria una implementación consistente de esta práctica para aumentar su aceptación.



Tratamiento clínico específico del VIH

Se recomienda el inicio inmediato del tratamiento antirretroviral y esta política, en general, está bien implementada. No obstante, siguen existiendo retos a la hora de garantizar la derivación a la atención médica especializada y un acceso más homogéneo a los fármacos antirretrovirales en las distintas autonomías.



Atención holística a largo plazo

Es necesario dedicar esfuerzos e inversiones para continuar mejorando la provisión de servicios de atención centrados en el paciente entre la población que se hace mayor con el VIH.



El Grupo de Dirección realizó diversas recomendaciones destinadas a conseguir mayores mejoras en las vidas de las personas con el VIH o en riesgo de adquirirlo:

- **Reforzar la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida:** Aumentar los recursos humanos y económicos de modo que se pueda dedicar el suficiente esfuerzo al desarrollo e implementación de planes y políticas en España.
- **Abordar las bajas tasas de realización de pruebas en la atención primaria:** Aumentar el grado de concienciación sobre el cribado universal, combinado con programas para minimizar las oportunidades perdidas, como la educación de los médicos de cabecera, implantar sistemas de alerta, etc.
- **Desarrollar un marco de trabajo integral a nivel nacional para la prevención combinada del VIH (o del VIH y otras ITS):** Reunir un marco de trabajo de intervenciones preventivas de tipo biomédico, conductual y estructural a nivel nacional, permitiendo una implementación de forma consistente y efectiva a nivel autonómico.
- **Implementar más centros comunitarios de salud sexual:** Creación de entornos convenientes e inclusivos, mejorar las derivaciones a la atención (por ejemplo, establecer derivaciones directas a las unidades de VIH de los centros hospitalarios) y desarrollar métodos coste-efectivos para proporcionar, de forma prolongada, atención y servicios para el VIH y las ITS.
- **Incluir la educación sobre salud sexual en el currículum escolar:** Encargar la modificación de los currículums escolares para garantizar la realización de programas de forma consistente en las comunidades autónomas, con objeto de desarrollar un mayor grado de concienciación sobre el VIH y las ITS entre las poblaciones jóvenes.

02

Contexto más amplio de la epidemia de VIH en España

Breve revisión de la epidemiología y consecución de los objetivos 90-90-90

La respuesta de España frente al VIH ha arrojado unos resultados positivos. Así, se ha producido un descenso continuo en el número de fallecimientos relacionados con el sida, así como en el número de nuevos diagnósticos de sida^[1]. De las 146.500 personas que se calcula que tenían el VIH en España en 2016, aproximadamente el 86,2% (126.278) conocían su estado serológico, de las cuales el 93,4% (117.944) tomaban tratamiento antirretroviral y, de estas, el 90,4% (106.621) tenían una carga viral indetectable (véase figura 1^[2]). Estas cifras indican que el país está progresando de forma adecuada hacia la consecución de los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA¹. Esto supone que alrededor del 73% de todas las personas con el VIH en el país tienen carga viral indetectable. Además, los datos epidemiológicos a nivel nacional indican un descenso progresivo general en el número de nuevas infecciones por el VIH, aunque esta tasa se ha frenado en los últimos años. En 2017, se produjo un total de 3.381 nuevos diagnósticos de VIH, aunque esta cifra no incluye las notificaciones tardías, por lo que la cifra real probablemente sea más elevada^[1].

Hay que celebrar estos avances y, como resultado de estos esfuerzos, la epidemia del VIH en España ha cambiado. Sin embargo, también hay retos, tanto persistentes como nuevos, que deben abordarse para mejorar las vidas de las personas con el VIH o en riesgo de adquirirlo.

A pesar de que se observa un descenso en el número total de nuevas infecciones, la revisión de los datos revela la existencia de tendencias diferentes entre las poblaciones en situación de alto riesgo. Los hombres gais, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres (HSH) siguen constituyendo el grupo de mayor tamaño, registrándose en esta población el 54,3% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2017. La transmisión heterosexual constituye la segunda vía más importante (28,2%), y representa la principal vía de infección por el VIH entre las mujeres (85%). Al tener en cuenta la edad, se comprueba que el mayor número de nuevas infecciones se registra en la franja 30-39 años (33,9%), seguida por las personas de menos de 30 años (29,3%) y las mayores de 50 años (14,8%)^[1].

1. Los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA, establecidos en 2014, son metas para el tratamiento de las personas con el VIH que pretenden que, para el año 2020, como mínimo, el 90% de las personas con el VIH estén diagnosticadas, el 90% de las personas diagnosticadas estén tomando tratamiento antirretroviral y el 90% de las personas en tratamiento tengan carga viral indetectable. Estos objetivos se basan en la constatación de que no es posible poner fin a la epidemia del VIH sin tratar a todas las personas infectadas que lo necesitan. Fuente: ONUSIDA.

Figura 1. Avances realizados en la consecución de los objetivos 90-90-90



Fuente: Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo^[2]

Otro de los retos es la derivación de las personas a los servicios de atención especializados. Se estima que, en la actualidad, hay casi 20.222 personas con el VIH que no están diagnosticadas. La tasa de diagnósticos tardíos sigue siendo elevada y se calcula que, en 2017, supusieron el 47,8% del total de nuevos diagnósticos de VIH. También cabe destacar las variaciones existentes entre las distintas subpoblaciones. Así, se observó una tasa más alta en el caso de las mujeres (50,6% frente a 47,2%) y las personas de mayor edad (el 65,2% de las nuevas infecciones por el VIH en personas de 50 años o más se consideraron tardías)^[1]. Los problemas para la derivación a la atención también quedan ejemplificados por el porcentaje de personas diagnosticadas, pero que no toman tratamiento, que se estima que es de un 6,6% (lo que supone 8.334 personas).

Garantizar la salud y el bienestar de la población que se hace mayor es otra de las áreas que requieren atención. Una publicación de Economist Intelligence Unit indicó que, en 2015, el número de personas con el VIH de 50 años o más era de 68.000, lo que equivale a algo menos de la mitad del total^[3]. Envejecer con el VIH conlleva un número significativo de retos, debido a la toxicidad del tratamiento, el impacto de la infección prolongada, las comorbilidades y los problemas de salud mental.

La respuesta actual de España frente a la epidemia del VIH, junto con los retos clave pendientes de resolver, quedan esbozados en su nuevo Plan Nacional para el VIH/SIDA (véase capítulo 3). El entorno jurídico y normativo más amplio también influye en la respuesta al VIH, hecho que, a su vez, repercute en las vidas de las personas con el VIH, en riesgo de contraerlo y las que trabajan en este ámbito (véase el recuadro 1).



Recuadro 1. Leyes y políticas que afectan a la respuesta frente al VIH

Como se esbozó en la sección Metodología, el alcance de este proyecto no prevé una valoración profunda del panorama legal y normativo más amplio y de su impacto sobre la respuesta frente a la epidemia del VIH. Sin embargo, a continuación, señalamos la actual postura de España respecto a tres posibles obstáculos comunes en la respuesta frente al VIH.



1) Protección legal frente al estigma y la discriminación:

España cuenta con numerosas leyes que, en teoría, deberían proteger a las personas con el VIH frente a la discriminación. Dicha legislación incluiría la Constitución Española, las leyes sobre sanidad, trabajo y empleo, seguridad social, seguros y sistema penitenciario. Sin embargo, como sucede en todos los países de Europa occidental, la utilidad de estas leyes depende de la voluntad de las personas con el VIH para actuar en caso de discriminación^[6], algo que a menudo no ocurre. Aunque es poco habitual, este tema resulta especialmente perjudicial para las personas que sufren limitaciones legales o sociales, por ejemplo, las personas migrantes recién llegadas.

A pesar de que la legislación laboral estipula el derecho a la privacidad y a recibir un trato no discriminatorio, hasta hace poco tiempo, las personas con el VIH podían ser excluidas para optar a un puesto en la Policía, el Ejército o la Guardia Civil. Antes de empezar a trabajar en estos organismos, es preciso someterse a un examen médico que, aunque no menciona el VIH específicamente ni incluye la prueba, tiene exclusiones que afectan al VIH y otras enfermedades (como la diabetes o la enfermedad celíaca; es decir: "Enfermedades, defectos físicos o anomalías hereditarias, constitucionales o adquiridas que requieran algún tipo de tratamiento específico y/o prolongado, o que conlleven riesgo o rechazo para las relaciones sociales o la coexistencia dentro del Cuerpo"^[9]). A pesar de que un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad concluyó que no se había documentado ningún caso específico de exclusión debido al VIH, en noviembre de 2018 el Consejo de Ministros acordó que se revisarían y actualizarían los criterios de exclusión para todos los empleos públicos a fin de que se reflejase la realidad del VIH (y otras enfermedades) en la era de la supresión de la carga viral^[10].



2) Acceso gratuito y no discriminatorio a la atención sanitaria:

Tras la derogación del derecho a la asistencia sanitaria a determinados grupos de población en 2012^[11], el Gobierno español está redactando una legislación que pretende restablecer la cobertura sanitaria gratuita y universal. Esto incluye, desde el primer día, la eliminación del período de 90 días que las personas inmigrantes tenían que esperar antes de tener derecho a recibir atención. Teniendo en cuenta que algunas comunidades autónomas (entre ellas Cataluña y el País Vasco), junto con algunos profesionales de la salud y ONG siguen proporcionando tratamiento a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular a pesar de la mencionada ley de 2012, se espera que la mayoría de las comunidades autónomas implementen la cobertura. Sin embargo, pueden existir variaciones debido a la competencia de cada comunidad para elegir los niveles de acceso apropiados.



3) Despenalización de conductas como el trabajo sexual o el uso de drogas:

Aunque el consumo o posesión de drogas ilegales en lugares públicos constituye un delito grave de orden público, no está penado con la cárcel, sino que el castigo puede consistir en multas de entre 601 y 30.000 euros (Ley orgánica de protección de la seguridad ciudadana [2015], artículo 36). La Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-24) se centra como objetivos clave en la reducción de daños y en facilitar la integración social de los usuarios de drogas^[12]. Por su parte, la tasa de nuevas infecciones entre las personas usuarias de drogas intravenosas (UDI) sigue disminuyendo, lo que es un indicativo de la eficacia de las estrategias de reducción de riesgos y daños en esta población (véase el Capítulo 2).

En lo que se refiere al trabajo sexual, este fue despenalizado en 1995. A pesar de ello, no existen leyes públicas sobre el estatus legal de las personas trabajadoras sexuales. En consecuencia, en la mayor parte de los casos esta actividad está "tolerada". Es decir, no es ilegal, pero no está regulada. Esto significa que, en general, no existe protección frente a la explotación ni tampoco prestaciones laborales. Aunque apenas hay datos globales, el Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC, en sus siglas en inglés) señala una prevalencia del VIH del 2% entre las personas trabajadoras del sexo^[13], aunque esta prevalencia puede ser mayor entre los trabajadores masculinos del sexo.



03

Valoración de las políticas sobre el VIH en España

En este capítulo se describen las valoraciones del Grupo de Dirección sobre las actuales políticas relacionadas con el VIH en España, así como su efectividad a la hora de abordar los retos, tanto pendientes como nuevos, que conlleva la respuesta a la epidemia. Este capítulo está dividido según las etapas del continuo de atención del VIH: sensibilización, prevención, diagnóstico y cribado, tratamiento clínico específico del VIH y atención holística a largo plazo.

3.1 Visión general de las políticas nacionales sobre el VIH

El marco de trabajo a nivel nacional para el abordaje del VIH/sida en España viene detallado en el Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2017-2020, publicado en 2018 por el Ministerio de Salud como una prórroga del plan anterior (2013-2016)^{[4], [5]}. Debido a la estructura que presenta el sistema sanitario español (es decir, la transferencia de competencias a las 17 comunidades autónomas del país), el plan solo proporciona orientación de alto nivel. Las comunidades autónomas tienen libertad para desarrollar sus propios planes y pasos de implementación. Por ejemplo, comunidades como Cataluña (2016-2020) y Extremadura (2018-2021) han actualizado recientemente sus planes, mientras que muchas otras como Andalucía (2010-2015), Castilla-La Mancha (2014-2017) y Galicia (2015-2018) también cuentan con planes vigentes^{[13], [14], [15], [16], [17]}.

El plan está centrado en tres poblaciones: la población general, las personas sexualmente activas en situación de mayor riesgo de infección por el VIH y/u otras ITS, y las personas que viven con el VIH y/u otras ITS. Su objetivo es hacer frente a diversos retos existentes,

como, por ejemplo: cumplir el primer objetivo 90; evaluar el uso de nuevas modalidades de detección (por ejemplo, el autotest del VIH) y enfoques preventivos combinados (por ejemplo, la profilaxis preexposición [PrEP]); la promoción de la salud sexual en la infancia; y abordar el estigma y la discriminación.


También existe una infraestructura para la gestión del plan por parte de las múltiples partes implicadas. A nivel nacional, el Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España tiene como objetivo armonizar los servicios sanitarios de las 17 comunidades autónomas. Además, también existe un comité específico para el VIH, el Comité de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de Sida –en el que participan representantes del Ministerio de Salud (por ejemplo, el Instituto de Salud Carlos III), de otros ministerios (por ejemplo, el de educación), de interior (prisiones), además de representantes de las autoridades de salud de las 17 Comunidades, de organizaciones profesionales (por ejemplo, de medicina, enfermería y farmacia) y de ONG– que tiene como objetivo incorporar aportaciones de diferentes puntos de vista. Este grupo no se convocaba desde 2014 y la primera reunión desde entonces se llevó a cabo en febrero de 2019.

Hay que destacar que, recientemente, se han observado progresos al respecto: en 2018 se publicó un informe en el que se evaluaba el Plan Nacional 2013-2016 para el VIH y las ITS, en el que se destacan tanto sus logros como las áreas de mejora[6]. Además, en 2018 también se aprobó el Pacto Social[7], un documento en el que se perfila una serie de compromisos cuyo objetivo es hacer frente al estigma y la discriminación que afectan a las personas con el VIH.





















El Grupo de Dirección llevó a cabo una evaluación del plan estratégico español frente al VIH a fin de entender mejor su

capacidad para hacer frente a los retos nuevos y emergentes en la respuesta a la epidemia. Al analizar todos los pasos del continuo de atención del VIH (sensibilización, prevención, diagnóstico y cribado, tratamiento clínico específico del VIH y atención holística a largo plazo), se identificaron los puntos fuertes de la estrategia y también aquellos ámbitos en los que existe margen de mejora. En la figura 2 se resumen sus conclusiones y en el capítulo 5 pueden encontrarse más detalles sobre el posicionamiento de las políticas.

Valoración de las políticas del VIH en España

 ¿Existe un Plan Nacional para el VIH (en sí mismo, o integrado dentro de otras ITS/enfermedades infecciosas)? **Sí 2017**

¿Ese Plan Nacional (o directrices adscritas) promueven...?

 Sensibilización	 Prevención	 Diagnóstico y cribado	 Tratamiento clínico específico del VIH	 Atención holística a largo plazo
 Sensibilización entre las poblaciones en situación de alto riesgo	 ¿Distribución gratuita de preservativos y lubricantes a las poblaciones en situación de alto riesgo?	 ¿Disponibilidad de pruebas gratuitas y anónimas en entornos comunitarios y especializados?	 ¿Inicio inmediato de la terapia antirretroviral?	 ¿Acceso a servicios para manejar el envejecimiento y las comorbilidades?
 ¿Campanias para erradicar el estigma?	 ¿Acceso a la profilaxis preexposición oral para las poblaciones en situación de alto riesgo?	 ¿Disponibilidad del autotest del VIH o de toma de muestra por la propia persona?	 ¿Acceso a fármacos innovadores?	 ¿Acceso a servicios de salud mental?
 ¿Educación sobre salud sexual dirigida a la población general (por ejemplo, en escuelas)?	 ¿Acceso a la profilaxis postexposición (PEP)?		 ¿Acceso a unos servicios de seguimiento periódicos (por ejemplo, carga viral, adherencia, coinfecciones)?	 ¿Acceso a servicios de apoyo no clínicos (por ejemplo, apoyo de pares, counselling)?
	 ¿Reducción de daños y riesgos?			

Key

 Política disponible y efectiva  Margen de mejora  Política no disponible

Nota sobre la metodología: Esta valoración pone de relieve el punto de vista del Grupo de Dirección respecto a las actuales políticas y su eficacia, en función de las distintas etapas de la cascada de atención del VIH. También hubo aportaciones por parte de personas expertas del propio país y las conclusiones se complementaron con investigaciones derivadas. En la sección 5 pueden consultarse los detalles completos sobre las políticas, en función de las distintas etapas de la cascada de atención del VIH.



Sensibilización



- Existen intervenciones de sensibilización, pero a menudo están enfocadas a determinadas poblaciones, como los hombres gais, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres (HSH).
- La reciente ratificación del Pacto Social es un paso positivo hacia la lucha frente al estigma relacionado con el VIH.

¿Cuál es el posicionamiento de las políticas?

El Plan Estratégico Nacional tiene por objetivo promover la sensibilización sobre el VIH en poblaciones en situación de alto riesgo.

El anterior Plan Estratégico Nacional 2013-2016 reconocía la necesidad de aumentar el grado de conocimiento sobre el VIH y otras ITS entre las poblaciones en situación de alto riesgo (jóvenes, gais, bisexuales y otros HSH, personas trabajadoras sexuales, personas usuarias de drogas inyectables [UDI], personas migrantes y mujeres) y esbozaba políticas destinadas a promover la difusión de información adaptada a cada grupo de población^[5]. Como continuación del anterior plan estratégico, el actual 2017-2020 también reconoce este aspecto, pero no plantea ninguna acción específica dirigida a las poblaciones en situación de alto riesgo^[4].

En lo que se refiere de forma específica al estigma, el Plan Estratégico Nacional 2017-2020 esboza diversas acciones, entre ellas la intención de aprobar el Pacto Social. El Pacto Social se desarrolló en 2011 con el fin de hacer frente al estigma y la discriminación que sufren las personas con el VIH. En dicho documento se perfilan diversos compromisos: 1) favorecer la igualdad de trato y oportunidades de las personas con el VIH, 2) trabajar en favor de la

aceptación social del VIH, y 3) reducir el impacto del estigma que sufren las personas con el VIH^[7]. El Pacto fue aprobado en noviembre de 2018.

En algunos planes autonómicos también se describen intervenciones dirigidas a aumentar la sensibilización. Por ejemplo, Cataluña incluye políticas de sensibilización dirigidas a diversas poblaciones en situación de alto riesgo, incluidos los jóvenes, los hombres gais, bisexuales y otros HSH, las personas trabajadoras del sexo y las personas usuarias de drogas inyectables (UDI)^[15].

¿Qué sucede en la práctica?

En España existen campañas de sensibilización dirigidas a poblaciones en situación de alto riesgo, y también campañas que abordan el problema del estigma, a menudo dirigidas a la población de hombres gais, bisexuales y otros HSH. Entre estas se incluyen campañas a nivel nacional realizadas, o financiadas, por el Ministerio de Sanidad (por ejemplo, en 2018 se destinaron 2 millones de euros –un presupuesto que no ha cambiado desde 2017– a ONG para la realización de intervenciones que incluyen la sensibilización, aunque no se limitan a esta^[20]). Las campañas más recientes han sido “Sin condón no hay vuelta atrás”, dirigida a la población de hombres gais, bisexuales y otros HSH para fomentar el uso de preservativos y la realización

de pruebas^[21], y más recientemente “Prevenir las ITS está en tus manos. No te compliques”, dirigida a promover el uso del preservativo entre la población joven

El Ministerio de Sanidad también realiza campañas en las que se aborda el estigma, a menudo en torno a fechas señaladas como el Día Mundial contra el Sida. Como ejemplos, cabe mencionar la campaña #TransmiteRespeto en 2017 y 2018, que tenía como finalidad ofrecer información sobre el bajo riesgo de transmisión del VIH a través del contacto casual.

Del mismo modo, algunas ONG y Sociedades Médicas llevan a cabo campañas, como por ejemplo la denominada #yotrabajopositivo, realizada por la organización Trabajando en Positivo, para luchar contra la discriminación en el puesto de trabajo, la campaña “Hablemos de 90-90-90” realizada por GeSIDA (que, mediante vídeos de 5 minutos pretendía difundir la realidad del VIH en España) o “Batalla a la Intolerancia”, de CESIDA, dirigida a combatir la intolerancia que sufren las personas con el VIH y en la que se contó con la colaboración del conocido rapero español Arkano ^{[46],[47]}.



“El año pasado se lanzó una campaña en torno al 1 de diciembre, pero ni siquiera contó con una cobertura mediática. Tenemos que hacer más para conseguir la difusión.”

Persona experta en VIH, España

¿Qué dicen las personas expertas?

Las personas expertas señalan que se puede hacer más para aumentar el grado de concienciación y combatir el estigma entre la población general. A pesar de que existen campañas (de las que se han ofrecido ejemplos con anterioridad), a menudo no son congruentes y es posible que no se publiciten ampliamente, por lo que no llegan a las poblaciones más difíciles de alcanzar. También se indican discrepancias en cuanto al número, frecuencia y tipo de campañas, en particular las dirigidas a las poblaciones en situación de alto riesgo distintas a los hombres gais, bisexuales, HSH como, por ejemplo, la población joven o las personas transgénero.



“Al inicio de la epidemia había numerosos mensajes que abordaban el tema de la concienciación sobre el VIH. Sin embargo, esto ya no se ve ahora.”

persona experta en VIH, España

Las opiniones de las personas expertas vienen respaldadas por estudios que reflejan la existencia de unos niveles de concienciación bajos entre la población general. Por ejemplo, aunque ya anticuada, una muestra representativa de personas encuestadas en 2012 evidenció que el 13,9% pensaba que el VIH podía transmitirse simplemente por compartir un vaso, el 13,9% por utilizar un baño público y el 14,9% a través de la tos o los estornudos^[22].

Los estudios también revelan la existencia de niveles persistentes de estigma, como reflejan los resultados de una encuesta transversal a nivel nacional (apoyada por SEISIDA), que contó con la participación de 1.554 personas en 2017, en la que al 25% de los encuestados les preocupaba la exposición al virus y al 43% les preocupaba el posible rechazo de una persona querida tras realizarse una prueba del VIH^[23]. La reciente ratificación del Pacto Social puede constituir un paso crucial para abordar algunos de estos retos.

La ausencia de políticas sobre educación afectivo-sexual constituye una importante barrera para la sensibilización de la población general:

¿Cuál es el posicionamiento de las políticas?

La educación afectivo-sexual no es obligatoria en las escuelas y, de hecho, la Ley Orgánica 8/2013 de 9 de diciembre elimina del currículum académico español todos los contenidos relacionados con la sexualidad^[24]. El Plan Nacional estratégico hasta la fecha ha recogido información de las comunidades autónomas y de las ONG sobre sus programas de educación efectiva en salud sexual, tanto en entornos formales como extracurriculares^[4], y reconoce que es necesario promover mejor los programas efectivos sobre salud sexual y reproductiva (especialmente entre las personas jóvenes). Entre los objetivos para el período 2017-2020 se incluye el desarrollo de criterios de calidad y buenas prácticas para los programas de educación sexual, así como el establecer una colaboración con el Ministerio de Educación para promover la salud sexual en los entornos educativos^[4].



“Algunas comunidades autónomas cuentan con programas en los que enfermeras o personas con formación adecuada acuden a las escuelas para dar charlas a los alumnos, pero tienen carácter voluntario y dependen del consentimiento de la escuela.”

Persona experta en VIH, España

¿Qué sucede en la práctica?

Si bien no existen políticas a nivel nacional, los planes sobre el VIH (o ITS) de algunos gobiernos autonómicos, como el de Cataluña y Extremadura, cuentan con programas de divulgación que ofrecen educación afectivo-sexual en las escuelas^{[15],[16]}. Sin embargo, la aceptación de los mismos por parte de las escuelas sigue siendo opcional.

También hay campañas dirigidas a la población general, como la iniciativa #túdecidesloquecompartes realizada en 2017. El Ministerio de Sanidad también ha elaborado hojas informativas sobre las ITS (sífilis, gonococos, virus del papiloma humano [VPH], clamidia, linfogranuloma venéreo [LGV], herpes genital, tricomoniasis)[1], uno de los objetivos del Plan Estratégico Nacional 2013-2016^[5].

¿Qué dicen las personas expertas?

Las personas expertas señalan que la falta de educación sobre salud sexual constituye uno de los retos clave, ya que a menudo resulta ser un método altamente eficaz para establecer una comprensión básica sobre el VIH y las ITS entre la población joven.



“Vemos un montón de personas jóvenes con nuevas infecciones, pero no tienen una percepción del riesgo y, en consecuencia, no entiendes cómo o por qué tienen el VIH.”

Persona experta en el VIH, España

En las escuelas o comunidades autónomas donde existen actividades aisladas de este tipo, estas pueden tener un impacto limitado, ya que los mensajes clave son transmitidos en sesiones aisladas por personal externo, pero no se refuerzan de manera continua. Las limitaciones en el grado de sensibilización de la población joven quedaron patentes en un pequeño estudio reciente, que evidenció que más del 50% de los jóvenes no utiliza preservativo en todas las relaciones sexuales, y el 15% admitió que no lo utilizaba ni siquiera si existía la posibilidad de adquirir una ITS o que tuviera lugar un embarazo no planificado^[25].



Prevención



- Existen intervenciones preventivas disponibles, incluyendo la provisión de preservativos y lubricantes y la profilaxis postexposición (PEP).
- Aunque recientemente la Comisión de Salud del Congreso respaldó de forma unánime la introducción de la profilaxis preexposición (PrEP), actualmente no existen políticas al respecto.
- La estrategia de reducción de daños es un área de éxito en España, donde está disminuyendo la incidencia del VIH entre la población de personas usuarias de drogas inyectables (UDI).

¿Cuál es la posición de las políticas?

El Plan Estratégico Nacional 2017-2020 pone de relieve la necesidad de ofrecer servicios de prevención combinada, dirigidos especialmente a las poblaciones más vulnerables^[4].

No existen muchos detalles sobre actividades específicas –como, por ejemplo, el reparto de preservativos–, cuya responsabilidad recae en las comunidades autónomas.

El plan estratégico contempla la provisión de la PEP. Con respecto a la PrEP, se indica la intención de medir el impacto de esta intervención preventiva sobre el número de nuevos diagnósticos de VIH en poblaciones clave^[4].

A pesar de que aún no existe una política definida sobre la PrEP, GeSIDA redactó un documento de consenso en 2016, en donde se recomienda el desarrollo de un programa de PrEP que no se limita únicamente a la capacidad de prescribir dicha profilaxis, sino que también afirma que se debe acompañar de un plan de prevención y formación^[29]. Teniendo en cuenta la relación coste-efectividad de la PrEP, GeSIDA recomienda hacerla llegar a los grupos de población cuya incidencia del VIH supere los 2 casos por cada 100 persona-años. Por último, GeSIDA también realiza recomendaciones sobre quién debería poder prescribir la PrEP, y dónde,

además de la frecuencia que deberían tener las visitas de seguimiento.

Las políticas de reducción de daños y riesgos (como, por ejemplo, la Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024) incluyen objetivos para mantener y aumentar la cobertura de los programas existentes. De todos modos, dichos documentos aún no abordan de lleno algunas de las nuevas tendencias, como la del chemsex¹, lo que puede suponer un factor de riesgo creciente en el futuro.

¿Qué sucede en la práctica?

La PEP está disponible de forma generalizada en entornos hospitalarios (por ejemplo, en las unidades de VIH y los servicios de Urgencias). A pesar de que hay constancia de que, de forma anecdótica, se han producido casos en los que hubo retrasos y barreras al acceso (por ejemplo, debido a que el personal de urgencias no estaba familiarizado con las directrices sobre la PEP), no se considera que esto sea algo habitual.

Existen servicios de reducción de daños disponibles en instituciones públicas, incluyendo servicios de urgencias, unidades móviles, farmacias y prisiones. Un informe de evaluación del periodo 2009-16 señala la existencia de una amplia cobertura en toda España, aunque los perfiles de servicio varían según la comunidad autónoma^[48].

1. Se conoce como chemsex a la práctica de consumir drogas recreativas para facilitar la actividad sexual y, por lo general, se refiere al uso (aislado o combinado) de tres drogas: metanfetamina (crystal meth), mefedrona (M-cat), y GHB/GBL (G). El consumo de estas sustancias reduce las inhibiciones y, en consecuencia, influye en un aumento de las conductas de riesgo, al tiempo que puede influir sobre la salud mental de la persona

La distribución de preservativos es responsabilidad de las comunidades autónomas, algunas de las cuales destinan fondos para repartirlos de forma gratuita. Por ejemplo, el *Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS 2010-2015* indica que se distribuyeron más de 2 millones de preservativos y lubricantes gratuitos¹⁷⁷. Las campañas para distribuir preservativos de forma gratuita también suelen producirse en fechas destacadas, tanto a nivel autonómico como local, como, por ejemplo, la campaña de Navarra: “Quiérete. Hazte la prueba. Usa preservativo” con motivo del Día Mundial de la Lucha contra el Sida.

Como ya se ha mencionado, en la actualidad, España no cuenta con unas políticas concretas sobre la PrEP. A pesar de que recientemente la Comisión de Salud del Congreso español aprobó por unanimidad una propuesta para facilitar la implementación de la PrEP¹²⁶, aún no se han desarrollado los detalles sobre cómo se va a ofrecer y a implementar.

En relación con la PrEP, cabe mencionar que se está llevando a cabo un estudio de demostración (que se puso en marcha en 2017) sobre la viabilidad de la implementación de esta intervención, en la que participaron las comunidades autónomas de Cataluña, País Vasco y Valencia^{127,128}. Existen apoyos sobre el terreno para el uso de la PrEP, a través de intervenciones financiadas con fondos privados como el Barcelona Checkpoint (véase el estudio de caso), aunque se limitan a la prestación de counselling y apoyo y no a la provisión del fármaco en sí.



“Aún no sabemos cuál es nuestra posición respecto a la PrEP.”

Persona experta en el VIH, España



¿Qué dicen las personas expertas?

Las personas expertas señalan la necesidad de mejorar la estrategia de prevención del VIH, combinando de forma congruente las intervenciones de tipo estructural, conductual y biomédico.



“No existe un marco de trabajo consistente ni de ámbito nacional sobre la prevención, lo que implica que a menudo las actividades en este ámbito están desestructuradas”

Persona experta en el VIH, España

En lo que se refiere a la PrEP, los expertos destacaron diversas consideraciones que España debe tener en cuenta a la hora de diseñar su estrategia para maximizar los beneficios de dicha intervención. Entre dichas consideraciones estarían la formación de no especialistas (por ejemplo, médicos/as de atención primaria) o la prestación de servicios de apoyo, como el counselling sobre conductas de riesgo. Por último, también será útil a la hora de garantizar el acceso el hecho de disponer de infraestructuras de apoyo, como por ejemplo los centros comunitarios de salud sexual (es decir, no limitar la PrEP únicamente a los hospitales).

También se destaca el éxito en la reducción de daños, observándose un descenso constante a lo largo de la última década en el número de diagnósticos del VIH relacionados con la inyección de drogas^[48]. Sin embargo, las personas expertas advierten de que se debe prestar mayor atención a las nuevas tendencias en conductas de riesgo, como el chemsex, que pueden aumentar su prevalencia en los próximos años.



Estudio de caso: Barcelona Checkpoint^[30]



¿Qué es?

Barcelona (BCN) Checkpoint es una clínica de salud sexual comunitaria dirigida a la población de hombres gays, bisexuales y otros HSH, que atiende unas 6.000 personas cada año. La clínica fue creada y está dirigida por la ONG Projecte dels NOMS/Hispanosida.



¿Cuáles son sus principales características?

Además de la realización de pruebas, vacunaciones y asesoramiento psicológico y sobre chemsex, esta iniciativa ofrece servicios para las personas que toman la PrEP por su cuenta:

- Pruebas del VIH antes de iniciar la PrEP
- Revisiones médicas regulares
- Orientación sobre cómo reducir los riesgos de tomar la PrEP
- Acceso a asesoramiento psicosocial

En BCN Checkpoint también se lleva a cabo un estudio sobre la PrEP en el que participan 150 personas, y ha realizado otros ensayos similares en el pasado, utilizando su cohorte para establecer el coste-efectividad que tendría la implementación de la PrEP.

La financiación de BCN Checkpoint procede en parte de contribuciones públicas por parte de la Generalitat de Catalunya, pero también de donaciones privadas.



¿Por qué constituye una buena práctica?

- Para que la PrEP sea eficaz, las políticas deben ir más allá de la simple aprobación de la medicación e incluir el desarrollo de un modelo completo de implementación. BCN Checkpoint constituye un ejemplo de cómo podrían implementarse los servicios de apoyo relacionados con la PrEP en una clínica de salud sexual comunitaria.



Diagnóstico y cribado



- Existen directrices detalladas en las que se recomienda realizar un cribado universal en aquellas áreas con una elevada prevalencia.
- El nivel de oferta y aceptación [del cribado] puede ser diferente según el entorno, en especial en la atención primaria.
- El tener una mayor disponibilidad de datos (por ejemplo, sobre el número y ubicación de las pruebas realizadas) puede contribuir a dar más visibilidad a las intervenciones más eficaces.

¿Cuál es el posicionamiento de las políticas?

El Plan Estratégico Nacional aborda el tema de la realización de pruebas en entornos sanitarios y comunitarios, poniendo de relieve la necesidad de mejorar tanto las tasas de oferta como de aceptación de las pruebas. En particular, describe una serie de acciones para mejorar las pruebas en la comunidad y señala la necesidad de actualizar las directrices referentes al diagnóstico precoz en entornos sanitarios^[4]. El plan también reconoce la ausencia de datos fiables sobre el número de pruebas realizadas, por lo que propone acciones para implementar un nuevo sistema, llamado RedCo-VIH, para hacer un seguimiento de las pruebas y el diagnóstico del VIH en los entornos comunitarios^[4]. Este programa incluirá el desarrollo de procedimientos y herramientas comunes para la recopilación de información y la recogida de indicadores de evaluación, además de promocionar el intercambio de buenas prácticas entre las ONG^[31].

Asimismo, el Plan Estratégico Nacional promueve el diagnóstico precoz tanto del VIH como de las ITS a través de estrategias como la realización de la prueba por la propia persona (autotest). España empezó a disponer del autotest del VIH en 2017, tras la derogación de un Real Decreto de 2000 –que restringía la venta de productos sanitarios para diagnóstico “in vitro”– y la autorización de la venta y la publicidad al público de estos dispositivos^[32].

Actualmente, su venta está restringida a las farmacias.

Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad para mejorar las tasas de diagnóstico precoz incluyen la realización de pruebas rutinarias a las personas que se sometan a una prueba de sangre y sean sexualmente activas en la franja de los 20 a los 59 años de edad y que residan en provincias donde las tasas de nuevos diagnósticos del VIH estén por encima del percentil 75 para este grupo de edad. También se recomienda la realización del cribado prenatal, el cribado de la población reclusa y la realización de pruebas teniendo en cuenta los factores de exposición y de riesgo^[33].

Algunas comunidades autónomas han publicado sus propias políticas sobre la realización de pruebas. Por ejemplo, la Consellería de Sanidad de Galicia ha emitido unas recomendaciones sobre el diagnóstico precoz del VIH. Dichas recomendaciones también están cubiertas en el plan regional de Galicia para el VIH^[34].

¿Qué sucede en la práctica?

La realización de pruebas del VIH está disponible a través de los centros de atención primaria y de atención especializada (como, por ejemplo, las unidades de VIH en los centros hospitalarios). Como para poder ser atendido en una unidad especializada es necesaria una derivación del médico de cabecera, la atención primaria es un lugar común donde se efectúan las pruebas

del VIH en España. Las pruebas también se realizan en otros entornos, como el comunitario, donde se dispone de una gama de intervenciones que van desde las sedes de las ONG (el Ministerio de Sanidad ha publicado un mapa de pruebas que incluye un listado de alrededor de 150 localizaciones ofrecidas por las ONG^[35]) hasta las unidades móviles donde se pueden realizar pruebas rápidas. Asimismo, existen programas para la realización de pruebas en farmacia, y un estudio reciente indica que se ha tenido éxito a la hora de alcanzar a poblaciones que no se encuentran en una situación de alto riesgo (como la de hombres heterosexuales que no se habían sometido a pruebas del VIH con anterioridad).

Existe el requisito de que las pruebas las realicen personal cualificado y también de que, en caso de un resultado positivo, se derive a la persona a un centro de salud pública o a un centro de atención primaria para someterse a otras pruebas de confirmación antes de derivarla a una unidad de VIH o enfermedades infecciosas de un centro hospitalario.

El autotest del VIH también puede adquirirse sin receta médica y pueden encontrarse en farmacias de toda España^[35].

Se están llevando a cabo acciones específicas centradas en aumentar la oferta actual de las pruebas, como, por ejemplo, un estudio sobre la implantación del diagnóstico del VIH en la atención primaria en 8 comunidades autónomas, con el objetivo de reunir datos que permitan realizar la promoción de una oferta rutinaria de las pruebas. Asimismo, se han tomado medidas para mejorar la implementación del autotest del VIH en las farmacias, con la elaboración de una Guía de Acción Farmacéutica para la dispensación de estos dispositivos, donde se incluye información para la interpretación de los resultados, qué consejos se deberían ofrecer y también recomendaciones para que los usuarios puedan entender la fiabilidad de la prueba y conocer otras opciones de realización de la prueba^[36].

¿Qué dicen las personas expertas?

Los expertos indican la necesidad de mejorar la oferta de la prueba, su grado de aceptación y también la vinculación de las personas con los servicios de atención. En este sentido, se han señalado diversas medidas para conseguir dichos objetivos:

- Mejorar las tasas de realización de pruebas por parte de los médicos de atención primaria. Esto requeriría aumentar el grado de conocimiento sobre las directrices y proporcionar educación para hacer frente al estigma. La colaboración entre GeSIDA y semFYC es un paso en esta dirección^[37].
- Eliminar las barreras para permitir que una persona no cualificada pueda realizar las pruebas en entornos comunitarios, algo que limita su efectividad e incluso puede disuadir a determinados grupos marginalizados de quedar cubiertos por los servicios de atención.
- Mejorar la derivación a los servicios de atención tras la realización de pruebas en entornos comunitarios, asegurándose de reducir al máximo los inconvenientes para la persona.
- Recopilar datos exhaustivos sobre la realización de pruebas, incluidos los centros donde se efectúan, los resultados positivos, la aceptación entre las distintas subpoblaciones, etc.
- Aumentar la sensibilización de la población sobre el uso y la derivación a los servicios de atención después de utilizar un autotest.



“El autotest puede adquirirse en casi todas las oficinas de farmacia de España. Sin embargo, dentro de las mismas no están en sitios visibles, por lo que se necesita hacer una mayor promoción de esta opción de realización de prueba.”

Responsable de política sanitaria, España



Tratamiento clínico específico del VIH



- Se recomienda el inicio inmediato del tratamiento antirretroviral y, en general, es una práctica bastante generalizada, aunque hay margen de mejora en el período que transcurre hasta el inicio del tratamiento.
- En ocasiones, el acceso a la medicación puede encontrarse con retrasos debido a que el proceso para su aprobación y fijación de precios es prolongado y con numerosas etapas intermedias.
- La derivación a los servicios de atención puede variar, como consecuencia, sobre todo, de la necesidad de realizar la derivación desde la atención primaria a la unidad del VIH del centro hospitalario.

¿Cuál es el posicionamiento de las políticas?

Tanto el Plan Estratégico Nacional como las directrices detalladas de GeSIDA recomiendan el inicio inmediato de la terapia antirretroviral, con independencia del nivel de linfocitos T CD4¹⁴⁵¹. En el plan también se detallan los regímenes de segunda y tercera línea y el manejo clínico más amplio (como, por ejemplo, la identificación de coinfecciones o la realización periódica de cribados). Las directrices de GeSIDA se actualizan cada año.

En lo que se refiere al acceso a la medicación, una vez se produce la autorización de comercialización de un fármaco por parte de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, en sus siglas en inglés) y de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el Ministerio de Sanidad toma las decisiones sobre precios y reembolsos. Posteriormente, es necesaria la aprobación adicional por parte de cada una de las 17 comunidades autónomas, que pueden tomar sus propias decisiones sobre el reembolso. Por último, en ocasiones, algunos hospitales también pueden negociar los precios.

¿Qué sucede en la práctica?

En España, las personas con el VIH siguen siendo atendidas en centros hospitalarios por especialistas en el VIH que actúan como médicos/as de referencia. Actualmente, solo se puede acceder a los antirretrovirales en las farmacias hospitalarias.

Las directrices recomiendan el inicio inmediato de la terapia antirretroviral y es un protocolo que se aplica, en general, de forma correcta. Sin embargo, el tiempo hasta el inicio de la terapia puede variar. Así, a pesar de que los datos nacionales al respecto son limitados, la evidencia anecdótica apunta a que se pueden producir retrasos. Una vez que las personas están tomando el tratamiento antirretroviral, estas reciben un seguimiento adecuado para comprobar que mantienen la carga viral indetectable. Se ha señalado que algunas comunidades autónomas, como Cataluña o la Comunidad Valenciana, resultan especialmente eficaces a la hora de compartir el historial médico entre los hospitales y la atención primaria, lo que garantiza un seguimiento adecuado y que se pueda mantener la continuidad en la atención.

Aunque existen ejemplos de buenas prácticas, en ocasiones la derivación a los servicios de atención puede ser ineficaz debido al requisito de que la derivación a la especialidad de VIH debe hacerla el médico de cabecera. Se sabe que esto se traduce en retrasos, ya que los tiempos de espera pueden ser largos. También puede hacer que las personas se acaben desvinculando de los servicios de atención. Las distintas etapas del proceso de derivación pueden afectar de forma desproporcionada a las poblaciones más vulnerables (por ejemplo, las personas migrantes, especialmente a aquellas que no hablan español o que sufren limitaciones legales,

económicas o sociales), que tienen más probabilidades de mostrarse reacias a interactuar con el personal sanitario o de no acudir a las citas médicas.

El período de tiempo que transcurre hasta que un nuevo fármaco está disponible puede variar entre seis y dieciocho meses, debido en parte a las numerosas etapas del proceso regulatorio sobre fijación de precio/reembolso. Asimismo, pueden producirse variaciones en el acceso en el país debido a la transferencia de competencias a las comunidades autónomas.

¿Qué opinan las personas expertas?

Los expertos están de acuerdo en que el tratamiento clínico específico del VIH se está aplicando de forma muy efectiva en España, donde existen políticas y directrices de apoyo bien implementadas y revisadas de forma regular. Los últimos datos indican que España ha alcanzado el segundo (93,4%) y tercero (90,4%) de los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA^[5].

El tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento constituye un aspecto a mejorar. Como se ha señalado anteriormente, a pesar de que en la actualidad no se dispone de datos a nivel nacional, las personas expertas consideran que los plazos pueden no ser iguales en todo el país. Otras áreas a mejorar serían el actual proceso dividido en múltiples pasos para la derivación a la atención médica, que puede provocar retrasos y resultar en la pérdida de seguimiento de personas en el sistema de salud. Sería beneficioso contar con rutas más convenientes para mejorar la derivación de las personas a la atención, especialmente aquellas más vulnerables y difíciles de acceder. Las personas expertas también indican que sería beneficioso establecer una colaboración más estrecha para el manejo de las coinfecciones, por ejemplo, mediante la integración de las directrices sobre el VIH con las de otras coinfecciones comunes, como la tuberculosis. Por último, un proceso de aprobación más coherente para los nuevos medicamentos podría permitir un acceso más equitativo, limitando así la "lotería según el código postal" que en ocasiones puede producirse.



Estudio de caso: Centro Sanitario Sandoval



¿Qué es?

El Centro Sanitario Sandoval es un centro de ITS integrado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, que ha estado atendiendo a la comunidad desde hace aproximadamente 90 años.



¿Cuáles son sus principales características?

- Provides free HIV prevention, detection, treatment and care
- Provides complete anonymity
- Available to patients both with, or without a medical card
- HIV test results obtainable within 20 minutes

Además, el centro ofrece servicios como el counselling a parejas serodiscordantes con deseos reproductivos.



¿Por qué es una buena práctica?

- El centro ofrece un entorno inclusivo en el que se realizan, de forma gratuita, pruebas de detección y también labores de counselling y apoyo. Es un centro reconocido por su capacidad para llegar a las poblaciones vulnerables, así como por constituir un ejemplo de buenas prácticas en la realización de pruebas rápidas y derivación a la atención sanitaria.



Atención holística a largo plazo



- Las directrices sobre el manejo de las comorbilidades son exhaustivas y se actualizan con frecuencia.
- Actualmente, España no dispone de políticas que aborden la salud mental de las personas con el VIH.
- Existen políticas sobre otros servicios de apoyo, y podrían haberse destacado más en el Plan Estratégico Nacional y haberse implementado de forma más consistente.

¿Cuál es el posicionamiento de las políticas?

Las políticas alientan la adopción de un enfoque multidisciplinario en la atención de las personas con el VIH, promoviendo el diagnóstico precoz de las comorbilidades y la formación continua de los profesionales de la salud que las atienden^[18]. Las guías clínicas de GeSIDA (que se actualizan cada 2-3 años) también realizan recomendaciones sobre el manejo de las comorbilidades relacionadas comúnmente con el VIH, como los problemas renales, comorbilidades cardiovasculares y los problemas óseos. También recomiendan la vacunación frente a ciertas infecciones víricas, como las hepatitis A y B^[38].

La media de edad de las personas con el VIH en España se está aproximando a los 50 años^[39], lo que hace cada vez más importante abordar el tema del envejecimiento. En la actualidad, no existen políticas específicas sobre este tema, pero el Plan Estratégico Nacional 2017-2020 establece la intención de promover estudios destinados a evaluar el impacto del envejecimiento sobre la salud de las personas con el VIH^[4].

Actualmente, los servicios de atención a la salud mental para las personas con el VIH constituyen una laguna en las políticas. El Plan Estratégico Nacional sí que plantea la intención de definir medidas para realizar el seguimiento de la calidad de vida^[4], entre las cuales podría estar la monitorización de la salud mental. En el año 2017 se llegó a un acuerdo para actualizar la estrategia más amplia de salud mental^[40],

que está preparando hoy en día el Ministerio de Sanidad. Sin embargo, es posible que no se incluyan disposiciones específicas sobre el VIH. Para intentar abordar esta carencia, GeSIDA redactó unas directrices sobre salud mental para las personas con el VIH, que incluían el cribado durante el diagnóstico inicial, así como el manejo de este tema de forma continua^{[38],[41]}.

¿Qué sucede en la práctica?

En la mayor parte de las comunidades autónomas, el manejo de las comorbilidades sigue recayendo en el personal médico de la atención primaria. No obstante, los/as especialistas del VIH de los hospitales no pueden hacer derivaciones, lo que puede generar retrasos y molestias para el paciente.



“Me gustaría saber qué porcentaje de personas con el VIH realmente vuelven a su médico de cabecera para conseguir una derivación y así volver al cardiólogo o a cualquier otro especialista.”

Persona experta en VIH, España

Los servicios de salud mental se proporcionan en los hospitales y, en algunos casos, a través de la colaboración con ONG. Además, las ONG a menudo también proporcionan otros servicios de apoyo adicionales, como, por ejemplo, programas de apoyo entre pares.



“Existen hospitales que cuentan con psicólogos que atienden de forma específica a las personas con el VIH, pero están pagados por las ONG.”

Persona experta en políticas, España

¿Qué dicen las personas expertas?

Se acepta de forma generalizada que la actual prestación de servicios de salud a largo plazo a las personas con el VIH tiene un margen de mejora, así como que es necesario realizar un cambio fundamental en el modelo de atención actual. El manejo coste-efectivo de la salud a largo plazo de las personas con el VIH requiere acercar las unidades del VIH a la comunidad, para asegurar que se produce una colaboración más estrecha entre los servicios de atención a las comorbilidades y otros servicios de apoyo psicológico y conductual (como, por ejemplo, de salud mental o apoyo entre pares). Para conseguir implementar esto de forma efectiva es necesario mejorar los canales de comunicación y las vías de derivación, además de aumentar el grado de concienciación de los médicos de atención primaria.



“Actualmente los especialistas atienden a las personas una o dos veces al año, por lo que es necesario un manejo a largo plazo de la salud a través de la medicina familiar y comunitaria.”

Persona experta en el VIH, España

A pesar de que las actuales directrices y herramientas educativas que ha elaborado GeSIDA sobre afecciones de tipo psicológico y psiquiátrico se consideran, en general, exhaustivas[38],[41], los expertos coinciden en que el sistema no dispone de capacidad suficiente para proporcionar servicios de salud mental adaptados de forma específica a las necesidades de las personas con el VIH. Por ejemplo, la prestación de servicios en las unidades de VIH es similar a la que puede acceder la población general. La atención de la salud mental de la población general no está bien integrada dentro del sistema de salud y depende, en gran medida, de las redes de clínicas existentes dentro de cada Comunidad Autónoma.

Es necesario realizar un mayor seguimiento de los indicadores de salud holística y recopilar datos procedentes de entornos reales (como, por ejemplo, la calidad de vida de las personas con el VIH), de los que no se dispone en la actualidad. Disponer de una base más sólida de datos sobre las necesidades de las personas con el VIH más allá de alcanzar la carga viral indetectable permitiría desarrollar políticas eficaces y adaptadas.



“Tenemos que valorar las necesidades de las personas que han alcanzado la carga viral indetectable y saber dónde es mejor que las atiendan. Esto se centra más bien en calidad de vida, síntomas de malestar y problemas de salud a los que se enfrentan, a pesar de tener carga viral indetectable (ansiedad, insomnio y otros problemas, además de las directrices clínicas).”

Persona experta en VIH, España



Estudio de Caso: Telemedicina para el seguimiento de pacientes con el VIH^{[42],[43]}



¿Qué es?

Un estudio realizado en el Hospital Clínic de Barcelona reveló que el uso de un modelo de “hospital virtual” para el seguimiento de las personas con el VIH resultaba un modo satisfactorio y seguro de atender a personas con el VIH clínicamente estables.



¿Cuáles son sus principales características?

- Las consultas médicas se realizaron mediante videoconferencias, y también se pudo contactar con otros profesionales sanitarios usando comunicaciones digitales.
- La medicación se administró empleando mensajeros.
- El 85% de la muestra del estudio consideró que el hospital virtual mejoraba su acceso a los datos clínicos y se mostró favorable al uso de videoconferencias como método de comunicación con el especialista en VIH.



¿Por qué es una buena práctica?

- El modelo del hospital virtual ofrece una alternativa a la atención rutinaria del VIH en el más largo plazo, algo que con el actual sistema puede suponer un inconveniente para los pacientes. El estudio reveló que la telemedicina era factible y redujo en promedio el tiempo de consulta a 10 minutos para los pacientes, en comparación con los 60-90 minutos necesarios para la visita presencial en la unidad.

04

Recomendaciones



4.1 Reforzar la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

¿Cuál es el problema?

Acontecimientos recientes, como la austeridad presupuestaria impuesta en toda Europa o los cambios producidos en el panorama político, han traído consigo una constricción constante del Plan Nacional sobre el Sida, tanto en términos de recursos humanos como presupuestarios. En consecuencia, la escala, el alcance y la velocidad del desarrollo y la aplicación de las políticas sobre el VIH en España se han visto reducidos.

¿Cuál es la recomendación?

Se debería reforzar la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, en términos presupuestarios y de recursos humanos, para garantizar que sea capaz de dedicar el suficiente esfuerzo al desarrollo e implementación de planes y políticas en España, tanto a nivel nacional como de Comunidad Autónoma. Además, se debería considerar la posibilidad de destinar recursos adicionales para seguir desarrollando el análisis de datos, la coordinación y la colaboración entre las Comunidades Autónomas y también la elaboración de una estrategia actualizada de 2020 en adelante. Esto debería incluir la evaluación del actual Plan Estratégico Nacional, así como la implementación de las mejoras necesarias para hacer frente a una cambiante epidemia en la era en la que se pretende ir más allá de la supresión viral.



4.2 Incluir la educación sobre salud sexual en el currículum escolar

¿Cuál es el problema?

Desde el año 2013, la educación en salud sexual no es obligatoria en el currículum escolar. Esto implica que la cobertura de la misma varía de una Comunidad Autónoma a otra, sin que existan objetivos, información o auditorías estandarizados. Algunas regiones llevan a cabo actividades de divulgación (por ejemplo, con personal enfermero), pero estos esfuerzos siguen siendo insuficientes para abordar el tema de la sensibilización sobre VIH y las ITS en la población joven.

¿Cuál es la recomendación?

Se debería reintroducir la educación sobre salud sexual en el currículum educativo de España, haciéndola obligatoria por ley. En este sentido, se debería desarrollar un programa de educación sobre salud sexual en las escuelas, integrando este tema de forma transversal en el currículum, con el fin de garantizar que la implementación se realice de forma homogénea en todo el país. También existiría la opción de ampliar su cobertura a unas temáticas más amplias de salud y bienestar, así como a cuestiones de "ciudadanía", como la salud, la nutrición, el tabaquismo, las drogas, el acoso escolar, etc. El programa debe concienciar a los jóvenes sobre los riesgos del VIH y otras ITS, y sobre los métodos de prevención, anticoncepción, así como sobre el estigma y la discriminación en torno al VIH y las ITS. Se deberían desarrollar objetivos y se deberían auditar los resultados, a fin de comprobar el impacto de esta intervención. Desarrollar e implementar un programa eficaz requerirá la colaboración entre el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación, los servicios sociales y las comunidades autónomas. Teniendo en cuenta la naturaleza politizada de los currículos educativos, sería necesario buscar un consenso entre los diferentes partidos políticos para asegurar que la educación en salud sexual permanezca en dicho currículum con independencia de qué opción política esté en el gobierno.

4.3 Abordar las bajas tasas de realización de pruebas en la atención primaria

W¿Cuál es el problema?

Llegar a la población con el VIH no diagnosticada y abordar la tasa de diagnósticos tardíos siguen constituyendo retos presentes en España, debido en parte al bajo índice de aplicación de las directrices de GeSIDA en el entorno de la atención primaria. A pesar de que las directrices aconsejan la realización de un cribado universal a todas las personas que se someten a un análisis de sangre en entornos de alta prevalencia, así como a las poblaciones en situación de riesgo, el consenso de las personas expertas es que existe un bajo nivel de conocimiento y aplicación de dichas directrices.

¿Cuál es la recomendación?

Actualizar y relanzar las directrices sobre realización de pruebas del VIH en el entorno de la atención sanitaria, a fin de aumentar el grado de concienciación sobre las mismas. Se podrían realizar actualizaciones para simplificar las políticas y facilitar su aplicación, por ejemplo, yendo a políticas de “prueba durante la vida”, por la que todas las personas deberían someterse, al menos, a una prueba del VIH en su vida (además de las pruebas periódicas en el caso de poblaciones en situación de alto riesgo), como está haciendo Francia.

Para apoyar estas directrices actualizadas o relanzadas, podrían realizarse campañas que fomenten su seguimiento, dirigidas al personal médico de atención primaria y que incluyeran iniciativas de divulgación educativa realizadas por médicos especialistas en el VIH. También podrían utilizarse actualizaciones de los sistemas para fomentar el cumplimiento de las políticas, como, por ejemplo, recordatorios automáticos en los historiales clínicos electrónicos para recordar al personal sanitario cuándo realizarles las pruebas a las personas que cumplan los criterios.

Para entender el impacto de esta iniciativa será crucial efectuar un seguimiento de los datos sobre la realización de pruebas, que debería incluir información sobre el número de pruebas realizadas y sus resultados (es decir, positivos o negativos). Además, los centros de atención deberían desarrollar una visión sobre prácticas efectivas.

Para desarrollar e implementar un programa que resulte práctico y efectivo, es preciso una colaboración entre el Ministerio de Sanidad, GeSIDA, las comunidades autónomas y el personal médico de atención primaria.



4.4 Desarrollar un marco de trabajo integral, a nivel nacional, para la prevención combinada del VIH (o del VIH y otras ITS)

¿Cuál es el problema?

Actualmente, no existe un marco de trabajo nacional sobre las actividades de prevención y, en consecuencia, a pesar de que existen políticas sobre distintos elementos de prevención, estas no son exhaustivas ni están coordinadas. Esto se traduce en la existencia de lagunas en las intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales..

¿Cuál es la recomendación?

Desarrollar un marco de trabajo nacional para la prevención combinada que haga frente a la actual epidemia del VIH. Entre las consideraciones clave de dicho marco, deberían estar:

- Considerar las características cambiantes de la epidemiología del VIH, por ejemplo, dirigiéndose a mujeres, a personas heterosexuales de más edad o a aquellas que se encuentran en las intersecciones de poblaciones en situación de alto riesgo (como las personas transgénero jóvenes o las personas inmigrantes recién llegadas).
- Evaluar y abordar adecuadamente unos patrones cambiantes de conductas de riesgo (por ejemplo, chemsex u otras conductas de riesgo emergentes).
- Integrar las últimas estrategias basadas en la evidencia científica (por ejemplo, indetectable es igual a intransmisible [I=I], intervenciones biomédicas, etc.).

- Implicar a canales de comunicación efectivos y dirigidos a las poblaciones en situación de alto riesgo (por ejemplo, Apps, redes sociales).

En el marco de trabajo nacional, se deberían incluir intervenciones detalladas que abarquen aspectos biomédicos (como, por ejemplo, la profilaxis preexposición frente al VIH [PrEP]), conductuales (como, por ejemplo, preservativos y lubricantes, reducción de riesgos y daños, erradicación del estigma, concienciación sobre la salud sexual) y estructurales (por ejemplo, infraestructura para la atención de la salud sexual), pero también integrar de forma estrecha el ámbito político y jurídico.

Para desarrollar el marco de trabajo en prevención, es necesario recabar la opinión de las diversas partes implicadas, incluyendo las personas que redactan las políticas, las personas profesionales de la salud, la comunidad y la sociedad civil. Por último, para garantizar el desarrollo y la aplicación de dicho marco de trabajo, será preciso un compromiso por parte del Plan Nacional sobre el Sida, que se destinen fondos al mismo y que exista una hoja de ruta.



4.5 Implementar más clínicas de salud sexual de base comunitaria

¿Cuál es el problema?

En España, actualmente el personal médico de atención primaria es responsable de la prestación de servicios de salud sexual en España, incluyendo la realización de pruebas y tratamiento de ITS, el asesoramiento sobre salud reproductiva, y la realización de pruebas y asesoramiento sobre enfermedades transmisibles como el VIH, el VHC o el VPH. También son los responsables de proporcionar asesoramiento sobre sexo seguro (por ejemplo, anticoncepción) y conductas de riesgo (por ejemplo, chemsex). Existen servicios de salud sexual disponibles en canales alternativos, a través de unas pocas clínicas de salud sexual, o de ONG (financiadas con fondos públicos o privados). No obstante, dichos servicios solo están disponibles principalmente en las ciudades de mayor tamaño.

El modelo de prestación de servicios centrado en la medicina familiar y comunitaria presenta diversos retos, especialmente en relación con el VIH: falta de conocimientos sobre las directrices de realización de pruebas y cribado, y miedo al estigma (real o percibido) a la hora de atraer al sistema a las personas con el VIH. A menudo, las ONG y otros profesionales comunitarios se enfrentan a problemas de financiación y capacidad, lo que hace que no puedan ofrecer un conjunto holístico de servicios, aunque existen ejemplos de buenas prácticas, como es el caso de BCN Checkpoint. Por último, hay que tener en cuenta que las

poblaciones vulnerables (como, por ejemplo, las personas trabajadoras sexuales, las usuarias de drogas intravenosas o las migrantes recién llegadas) suelen mostrarse reacias a su inclusión en los servicios públicos, lo que supone un reto en lo que se refiere a la oferta y aceptación de dichos servicios.

¿Cuál es la recomendación?

Aumentar el número y la capacidad de los centros comunitarios de salud sexual, para poder aumentar la prestación de servicios de forma más cercana a la población. Estos servicios comunitarios podrían ocuparse (entre otras tareas) de la realización de pruebas y la derivación a los servicios de atención (por ejemplo, implementando derivaciones directas a las clínicas del VIH, sin necesidad de acudir antes a la atención primaria). En el futuro, dichos centros también podrían servir para implementar intervenciones biomédicas preventivas, como la PrEP o la PEP, y actuar como centros de difusión de conocimiento entre las comunidades locales (por ejemplo, sobre salud reproductiva, chemsex). Se pueden extraer lecciones de algunos ejemplos de buenas prácticas tanto en España (por ejemplo, Centre d'Atenció Primària Drassanes o BCN Checkpoint) como en el extranjero (por ejemplo, Dean Street Clinic, Soho, Londres, Reino Unido) sobre los modelos más efectivos de prestación de atención que podrían reproducirse en todo el país.

05

Valoración de políticas

¿Existe un Plan Nacional para el VIH?

Sí, se trata del Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2017-2020, desarrollado por el Plan Nacional Sobre el Sida (que forma parte del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social), y que fue actualizado en 2018 para cubrir el periodo 2017-2020. Es una prórroga del anterior plan estratégico 2013-2016, lo que significa que la estructura del plan en torno a ejes de intervención y objetivos se ha mantenido y el plan 2017-2020 es un mapa de ruta de acciones.

Los ejes de intervención del plan estratégico son: (1) población general, (2) personas sexualmente activas con mayor riesgo de exposición al VIH y/o ITS, y (3) las personas con el VIH y/u otras ITS.

Por su parte, los objetivos estratégicos se organizan en torno a cuatro líneas, que se detallan a continuación^[4]:

- Coordinar la respuesta a la epidemia
 - Promoción de la coordinación nacional e internacional
 - Adaptación de los sistemas de información para mejorar la coordinación de la respuesta
- Promover la salud y prevenir la infección
 - Aumentar el conocimiento sobre la infección por el VIH y otras ITS
 - Reducir la incidencia de la infección por el VIH y otras ITS
 - Promover el diagnóstico precoz de la infección por el VIH y otras ITS
- Mejorar los resultados en salud
 - Prevención de la limitación de la capacidad funcional y las comorbilidades

- Mejorar el acceso temprano al tratamiento de las personas con el VIH y otras ITS
- Garantizar el seguimiento adecuado del paciente y la continuidad de la atención entre niveles asistenciales
- Guaranteeing egalitarian access
 - Promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con el VIH e ITS
 - Garantizar la igualdad de acceso a la prevención y a la atención sociosanitaria a las personas con VIH e ITS

A lo largo del período de 2013 a 2016, se han llevado a cabo un total de 15 acciones en consonancia con estos objetivos, que fueron desde la integración de nuevos sistemas de información sobre diagnósticos del VIH, hasta la creación de un mapa online de centros de realización de pruebas, o el diseño e implementación de una encuesta sobre la situación laboral, en colaboración con ONG y sindicatos. Sin embargo, aún queda una lista más larga de 37 acciones a implementar como parte de la estrategia 2017-2020^[4].

Aunque el Plan Nacional se elabora de forma centralizada, las competencias sobre sanidad y salud pública se han transferido a las comunidades autónomas, lo que significa que también se elaboran planes a nivel autonómico (por ejemplo, Cataluña o Extremadura han elaborado planes estratégicos en 2016 y 2018, de forma respectiva, mientras que comunidades como Andalucía actualizaron su plan por última vez en 2010).

¿Qué promueve el Plan Nacional (o las directrices adscritas al mismo)?



Sensibilización



¿Campañas dirigidas a poblaciones clave?

El Plan Estratégico 2013-2016 reconoce la necesidad de aumentar el grado de conocimiento sobre el VIH y otras ITS entre las poblaciones en situación de alto riesgo (jóvenes, hombres gais, bisexuales y otros HSH, personas trabajadoras del sexo, personas con el VIH, migrantes y mujeres) y describe una política para promover la difusión de información adaptada a cada población.

Como continuación del anterior plan estratégico, la prórroga de 2017-2020 sigue reconociendo esta necesidad de promover la sensibilización. Sin embargo, no describe ninguna acción específica dirigida a poblaciones en situación de alto riesgo.

Los planes autonómicos son diversos, pero existen políticas. Así, Cataluña incluye una política de sensibilización dirigida a poblaciones en situación de alto riesgo, como jóvenes, hombres gais, bisexuales y otros HSH, personas trabajadoras del sexo y personas usuarias de drogas inyectables^[15].



¿Campañas para erradicar el estigma?

El Plan Estratégico original 2013-2016 incluía el objetivo de promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con el VIH e ITS. Dentro de este objetivo se enmarcan diversas acciones, como: (a) la creación de un Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato; (b) el empoderamiento de las personas con el VIH para que no caigan en la autoexclusión, y fomentar habilidades que ayuden a abordar posibles estigmas y discriminaciones; y (c) la inclusión del objetivo de reducir el estigma y la discriminación en todos los programas de prevención y atención de personas con VIH y/o ITS^[7].

La prórroga 2017-2020 del Plan Estratégico incluye la realización de acciones específicas relacionadas con el abordaje del estigma y la discriminación, como la intención de aprobar el Pacto Social, o la voluntad de estudiar la magnitud de la discriminación contra las personas con el VIH en todos los ámbitos de la vida cotidiana^[4].

El Pacto Social incluye diversos compromisos bajo los encabezamientos de favorecer la igualdad de trato y oportunidades de las personas con el VIH, trabajar para favorecer la aceptación social del VIH y reducir el impacto del estigma en las personas con el VIH^[7].



¿Educación sobre salud sexual en las escuelas?

La educación sobre salud sexual no es obligatoria en las escuelas, y la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, elimina todo el contenido relacionado con la sexualidad en el currículum académico español^[24].

El Plan Estratégico para el VIH y las ITS afirma que, hasta la fecha, se ha recopilado información de las comunidades autónomas y las ONG sobre sus programas de educación efectiva en salud sexual, tanto en el ámbito formal como extracurricular^[4]. Sin embargo, en la actualización del Plan Estratégico no se presentan sugerencias ni se proponen objetivos para el uso de dicha información.

El Plan Estratégico Nacional destaca que la promoción de programas efectivos de salud sexual y reproductiva (especialmente entre la población joven) constituye un reto importante a abordar. Los objetivos para el período 2017-2020 incluyen el desarrollo de criterios de calidad y buenas prácticas para los programas de educación sexual, así como la colaboración con el Ministerio de Educación para la promoción de la salud sexual en los entornos educativos^[4].

Key

■ Política disponible y efectiva

■ Margen de mejora

■ Política no disponible



Prevención



¿Preservativos gratuitos para las poblaciones en situación de alto riesgo?

En el documento del Plan Estratégico no existen políticas específicas sobre la provisión de preservativos y lubricantes, pero en el mismo se describe la intención de abordar estrategias de prevención combinada para ayudar a las poblaciones vulnerables^[4].

La distribución gratuita de preservativos es responsabilidad de las comunidades autónomas y solo algunas de ellas destinan fondos a este fin. Por ejemplo, el Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS 2010-2015 señala que se distribuyeron de forma gratuita más de 2 millones de preservativos y lubricantes^[17].



¿PrEP para las poblaciones en situación de alto riesgo?

Actualmente, no existe un posicionamiento de políticas sobre la implementación de la PrEP.

En el Plan Estratégico Nacional 2017-2020 se describe la intención de medir el impacto de la PrEP en la reducción del número de nuevos diagnósticos del VIH en poblaciones en situación de alto riesgo^[4]. En julio de 2017, se confirmó un estudio para establecer la viabilidad de la implementación de la PrEP en España, en el que se emplearon fármacos donados por una compañía farmacéutica^[27]. La duración prevista originalmente de este ensayo era de un año (ejecutado en varias autonomías, incluyendo Cataluña y el País Vasco), pero finalmente se extendió hasta octubre de 2019 debido a que la Comunidad Valenciana solicitó la incorporación al estudio^[26].

En noviembre de 2018, la Comisión de Sanidad del Congreso de España aprobó por unanimidad la propuesta para facilitar la implementación de la PrEP. Sin embargo, aún no se han determinado las políticas específicas sobre los detalles sobre su oferta e implementación^[26].



¿Acceso a la PEP ocupacional y no ocupacional?

Como ocurre con todos los fármacos antirretrovirales en España, la PEP solo está disponible en hospitales, incluyendo los servicios de urgencias y las unidades de enfermedades infecciosas de los mismos.

GeSIDA ha redactado directrices sobre el uso de la PEP en entornos ocupacionales y no ocupacionales, y en ellas se detallan recomendaciones sobre cuándo utilizarla, así como prácticas de reducción de riesgos en entornos ocupacionales, como la formación de los profesionales y medidas de protección^[44].

Key

■ Política disponible y efectiva

■ Margen de mejora

■ Política no disponible



Reducción de riesgos y daños (por ejemplo, programas de intercambio de jeringuillas, terapia de sustitución de opioides, chemsex)

España cuenta con un Plan Estratégico Nacional actualizado en materia de drogas (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024), en el que se incluyen detalles sobre los objetivos de mantener y ampliar la cobertura de los servicios existentes de reducción de daños, así como de ampliar los programas a nuevos perfiles de consumo. La estrategia incluye acciones específicas como:

- Aumentar el apoyo a la medicación de sustitución de opioides
- Aumentar la oferta y la cobertura de los programas de prevención de sobredosis
- Mejorar los programas de intercambio de jeringuillas, extendiéndolos a la atención primaria
- Trabajar en la incorporación social de personas excluidas con adicciones en programas de reducción de daños

- Promover la reducción de daños en los lugares de tránsito y consumo
- Extender esta metodología a la población joven y adolescente
- Mantener las medidas de reducción de daños en los centros penitenciarios

Aunque determinados aspectos, como el chemsex, muestran una tendencia creciente, no están cubiertos por la política de reducción de riesgos y daños. El Plan Estratégico Nacional para el VIH no menciona el chemsex, y la Estrategia Nacional sobre Adicciones, a pesar de que destaca que aplicaciones como Wapo, Tinder o Grindr están promoviendo nuevos patrones de uso de drogas (entre ellas el chemsex y el slamming), no sugiere ninguna política para abordar este tema^[10].



Realización de pruebas y cribado



¿Pruebas anónimas gratuitas en entornos especializados o comunitarios?

El Plan Estratégico Nacional aborda el tema de la realización de pruebas de diversas maneras:

- Enumera diversas acciones destinadas mejorar la realización de pruebas en entornos comunitarios, como: publicación de las recomendaciones sobre el diagnóstico precoz del VIH en entornos comunitarios, y aumento de la oferta de pruebas del VIH en todos los niveles y especialidades de atención, poniendo el foco sobre todo en la atención primaria^[4].
- Pone de relieve la necesidad de actualizar las recomendaciones sobre diagnóstico precoz en las directrices (el documento anterior "Guía de Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario", de 2014 es, por lo demás, el más reciente)^[4].
- Perfila acciones para implementar un nuevo sistema más fiable de recopilación de datos sobre el número de pruebas realizadas en entornos comunitarios. El sistema, denominado RedCo-VIH, permitirá hacer el seguimiento de las pruebas y diagnósticos del VIH en las ONG de la comunidad^[4]. Este programa incluirá el desarrollo de

procedimientos y herramientas comunes para la recopilación de información, indicadores de evaluación y promoción del intercambio de buenas prácticas entre las ONG^[31].

El Ministerio de Sanidad afirma que las pruebas deben ofrecerse de dos maneras: de forma rutinaria y dirigida:

Oferta rutinaria: Se deben ofrecer pruebas a personas sexualmente activas de la población general, que requieran una extracción de sangre para analítica a petición de un centro de atención primaria y residen en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos en la franja de 20 a 59 años estén por encima del percentil 75 calculado durante los últimos tres años a nivel nacional. También se recomienda el cribado prenatal, así como el de las personas que ingresan por primera vez a un centro penitenciario.

Dirigida: La prueba se ofrece debido a una posible exposición al VIH o porque los síntomas clínicos requieren descartar la posibilidad de esta infección. Entre las razones para una prueba dirigida estarían: parejas sexuales con el VIH, ITS en la actualidad o en el pasado, trabajo

sexual, hombres gais, bisexuales y otros HSH y sus parejas sexuales, personas que sufrieron una agresión sexual y personas de países con elevada prevalencia (>1%) y sus parejas sexuales^[34].

Algunas comunidades autónomas han elaborado sus propias directrices. Por ejemplo, la Conselleria de Sanidad de Galicia cuenta con sus propias directrices sobre el diagnóstico precoz del VIH, en las que se recomiendan las pruebas de rutina en el caso de mujeres embarazadas, personas en centros penitenciarios y personas sexualmente activas usuarias de la atención primaria que se someten a un análisis de sangre, además de la realización de pruebas en función de la posible exposición y los factores de riesgo^[34].

Key

■ Política disponible y efectiva

■ Margen de mejora

■ Política no disponible



¿Autotest/toma de muestra? ■

Tras la derogación de un Real Decreto de 2000 que restringía la venta de dispositivos médicos para el diagnóstico in vitro, a partir de 2017 se autorizó la venta y publicidad al público de los dispositivos de autotest del VIH. A pesar de ello, la venta y distribución sigue limitada a farmacias y sitios web de farmacias autorizadas^[32].

El Plan Estratégico Nacional manifiesta el compromiso de promover el diagnóstico precoz de las ITS a través del uso de estrategias como el autotest del VIH, por lo que cabe esperar que la oferta actual se mantenga^[4].



Tratamiento clínico específico del VIH



¿Inicio inmediato del tratamiento antirretroviral?

Las directrices de GeSIDA recomiendan el inicio inmediato del tratamiento con independencia del recuento de células CD4^[45].



¿Acceso a fármacos innovadores?

Las directrices de GeSIDA están actualizadas en cuanto a las recomendaciones de terapias de segunda y tercera línea^[45].



¿Acceso a un control periódico (por ej., carga viral, adherencia, coinfecciones)?

El Plan Estratégico Nacional 2013-2016 incluía el objetivo de garantizar el control adecuado de los pacientes, así como de mantener la continuidad asistencial gracias a la historia clínica compartida, y de promover la monitorización de la retención de los pacientes en los hospitales^[18].

El Plan Estratégico 2017-2020 sigue en esta línea, incluyendo los objetivos de promover la monitorización de la adherencia y de la retención de los pacientes, al tiempo que fortalece la coordinación con las instituciones penitenciarias^[4].

Las directrices de GeSIDA están actualizadas e incluyen las últimas recomendaciones sobre el manejo de las personas con el VIH donde se abarcan todos los aspectos más allá del tratamiento. Se recomienda que todos los pacientes se sometan a un cribado de tuberculosis, hepatitis víricas e ITS en el momento de su diagnóstico y primera visita clínica. Posteriormente, se recomienda un cribado continuo cuando persistan factores de riesgo^[38].

Key

■ Política disponible y efectiva

■ Margen de mejora

■ Política no disponible



Atención holística a largo plazo



¿Atención del envejecimiento y las comorbilidades?

El manejo de las comorbilidades fue uno de los objetivos del Plan Estratégico Nacional 2013-2016, en el que se indicó la intención de fomentar un enfoque multidisciplinario, promover el diagnóstico precoz de las comorbilidades y la formación continua del personal sanitario que atiende a las personas con el VIH.

El Plan Estratégico Nacional 2017-2020 mantiene este objetivo y plantea la intención de promover la realización de estudios para evaluar el impacto del envejecimiento sobre la salud de las personas con el VIH.

Las directrices clínicas de GeSIDA también incluyen recomendaciones sobre el manejo de las comorbilidades comunes relacionadas con el VIH, como los problemas renales o las enfermedades cardiovasculares y óseas. También se recomienda la vacunación frente a ciertos virus, como la hepatitis A y B^[38].



¿Servicios de salud mental?

El Plan Estratégico Nacional no describe de forma explícita ninguna política sobre servicios de salud mental para las personas con el VIH, aunque sí se incluye la intención de definir medidas para monitorizar la calidad de vida^[4], entre las que se podría incluir la salud mental.

La salud mental de las personas con el VIH se atiende igual que la de la población general. En 2017, se llegó al acuerdo de actualizar la estrategia general de salud mental^[40], que actualmente está realizando el Ministerio de Sanidad, aunque es poco probable que incluya disposiciones específicas para la infección por el VIH.

GeSIDA elabora directrices sobre la atención de la salud mental de las personas con el VIH, incluyendo el cribado durante la valoración inicial, así como durante el seguimiento^[38].



¿Servicios de apoyo?

El Plan Estratégico presta poca atención a los servicios de apoyo (como el counselling o el apoyo entre pares) y, en su lugar, se centra más en los aspectos clínicos, como revela el que no se hayan incluido en los objetivos o líneas estratégicas.

Sin embargo, el Plan Estratégico sí que describe una acción: la intención de mejorar la atención de las personas con el VIH mediante la integración de programas de apoyo entre pares^[4].

En la práctica, aunque no están bien documentados, tanto el gobierno autonómico como el central sí que financian servicios como el counselling, que proporcionan las ONG.

06

References

1. Ministerio de Sanidad. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017. 2018 [Online]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf
2. Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Estimación del Continuo de Atención del VIH en España, 2016. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología –Instituto de Salud Carlos III / Plan Nacional sobre el Sida –Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2019.
3. The Economist Intelligence Unit. Living and ageing with HIV: challenges in Spain's HIV management. 2017 [online]. Disponible en: <https://eiuperspectives.economist.com>
4. P. N. S. EL SIDA and S. S. E. I. Ministerio de Sanidad, "Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 20172020", 2018.
5. S. S. E. I. Ministerio de Sanidad, "Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016", 2013.
6. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad, "Evaluación Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS 2013-2016", 2018.
7. P. N. S. el Sida, "El Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH", 2018.
8. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, "Igualdad de trato y no discriminación".
9. M. D. E. Sanidad, S. S. E. Igualdad, and O. C. Soria, "Criterios Médicos para el Acceso a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y a las Fuerza Armadas", 2018.
10. CESIDA, "El Gobierno acuerda eliminar el VIH como motivo de exclusión para el acceso a cualquier empleo público", 2018.
11. Boletín Oficial del Estado, Real Decreto ley 16 / 2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. 2012, pp. 1–36.
12. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, "Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024", p. 56, 2018.
13. ONUSIDA, "Country: Spain".
14. The Local, "Spain's anti-prostitution PM riled as ministry green-lights sex workers' union", The Local ES, 2017.
15. Comissió Interdepartamental de la Sida, Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2016-2020. 2016.
16. Oficina de Coordinación de VIH de Extremadura, "Plan de acción sobre el VIH/ sida y otras ITS en Extremadura 2018/2021", 2018.
17. C. Z. F. Manuel Rodríguez Rodríguez, "Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y Otras ITS 2010-2015", 2010.
18. "Programa de Prevención y atención a las personas afectadas por el VIH-SIDA en Asturias (PAVSA)." [Online]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/programa-de-prevencion-y-atencion-a-laspersonas-afectadas-por-el-vih-sida-enasturias-pavsa->.
19. F. G. Porcel, "Estrategia de VIH/SIDA en las Illes Balears".
20. Boletín Oficial del Estado, Extracto de la Orden de 31 de julio de 2018, por la que se convocan subvenciones a entidades de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, destinadas a la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida para el año 2018. 2018, pp. 50948– 50949.
21. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, "Sin Condón no hay vuelta atrás", 2017.
22. M. J. Fuster-Ruiz de Apodaca, F. Molero, L. Gil De Montes, A. Agirrezabal, J. Toledo, and A. Jaen, "Evolution of HIV-related stigma in Spain

- between 2008 and 2012," *AIDS Care - Psychol. Socio-Medical Asp. AIDS/HIV*, vol. 23, no. SUPPL. 1, pp. 41–45, 2014.
23. M. J. Fuster, F. Molero, L. G. de Montes, A. Agirrezabal, and A. Vitoria, "HIV- and AIDS-Related Stigma: Psychosocial Aspects in a Representative Spanish Sample", *Span J Psychol*, vol. 16, p. E30, Jun. 2013.
 24. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, Para La Mejora De La Calidad Educativa, *Boletín Oficial del Estado*, vol. 10/12/2013, pp. 97858-97921, 2013.
 25. Proyecto Scopio, "Conductas de riesgos y percepción de la vulnerabilidad", 2017.
 26. E. Ortega, "El Congreso da luz verde a implementar la profilaxis pre-exposición en VIH", *Redacción Médica*, 2018.
 27. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, "Boletín Oficial Del Estado: Resolución de 27 de julio de 2017", 2017.
 28. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, "Boletín Oficial Del Estado: Resolución de 28 de junio de 2018", 2018.
 29. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), "Recomendaciones sobre Profilaxis Pre-Exposición en adultos para la Prevención de la Infección por VIH en España", pp. 1–73.
 30. BCN Checkpoint, "Barcelona Checkpoint".
 31. C. S. O. Fagundez Machain G, Diaz Franco A, Garcia Carrasco E, "Proyecto RedCo-VIH: Monitorización de programas comunitarios de cribado de VIH". 2017.
 32. *Boletín Oficial del Estado*, Real Decreto 1083/2017. 2017, pp. 68555–68559.
 33. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, "Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario", pp. 1–37, 2014.
 34. "Recomendacións para o diagnóstico precoz do VIH en Galicia 2017", 2017.
 35. S. S. e I. Ministerio de Sanidad, "BUSCAR Centros de realización de pruebas de VIH".
 36. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, "Diagnóstico precoz del VIH: Guía de actuación farmacéutica en la dispensación de productos sanitarios para autodiagnóstico del VIH", 2017.
 37. Un 2019 lleno de grandes retos - *Boletín GeSIDA*. 7 de noviembre de 2018 [online]. Disponible en: <http://gesida-seimc.org/boletin/2019-lleno-grandes-retos/>
 38. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), "Documento de consenso de GESIDA sobre control y monitorización de la infección por el VIH", p. 76, 2018.
 39. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Economía y Competitividad, and Instituto de Salud Carlos III, "Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH: Resultados 2016", 2017.
 40. Congreso de los diputados, "Boletín Oficial de las Cortes: 10 de mayo de 2017", 2017.
 41. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), "Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el VIH", 2015.
 42. A. León et al., "A New Multidisciplinary Home Care Telemedicine System to Monitor Stable Chronic Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients: A Randomized Study," *PLoS One*, vol. 6, no. 1, p. e14515, Jan. 2011.
 43. M. Carter, "'Virtual Hospital' a satisfactory and safe way to deliver care to clinically stable HIV-positive patients", *Aidsmap*, 2011.
 44. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), "Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños", 2015.
 45. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), "Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (actualización enero de 2018)," *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 2018.
 46. GeSIDA "Hablemos de 90-90-90". Gesida-seimc.org. Consultado en junio de 2019.
 47. CeSIDA. "Mañana lanzamos la campaña "Batalla a la Intolerancia" con Arkano". Cesida.org. Consultado en junio de 2019.
 48. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction "Spain Country Drug Report 2019". Disponible en: emcdda.europa.eu. Consultado en junio de 2019.



kpmg.com/uk

La información aquí contenida es de carácter general y no pretende abordar las circunstancias de ninguna persona o entidad en particular. A pesar de nuestros esfuerzos por proporcionar una información precisa y oportuna, no es posible garantizar que dicha información sea exacta en la fecha en que es consultada o que seguirá siéndolo en el futuro. No se deberían tomar decisiones basadas en dicha información sin un asesoramiento profesional apropiado tras un examen exhaustivo de la situación particular.

© 2019 KPMG LLP es una sociedad de responsabilidad limitada de Reino Unido y miembro de la red KPMG de empresas independientes afiliadas a KPMG International Cooperative ("KPMG International"), una entidad suiza. Todos los derechos reservados.

El nombre y logotipo de KPMG son marcas registradas o marcas comerciales de KPMG International. CREATE. | CRT109044A | Julio de 2019