

JUNTOS PODEMOS
VENCER **AL VIH** 

JUNTOS PODEMOS VENCER **AL VIH**

Este documento ha sido elaborado por SI-Health con las aportaciones del grupo de trabajo
ViiV Healthcare ha patrocinado la elaboración de este documento



AVALADO POR:



Juntos podemos vencer al VIH

Marzo 2018

Autores: Ander Rojo, Patricia Arratibel, Rafael Bengoa y Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH.

Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health)

Diseño gráfico: Maria Antònia Mora Amengual

ISBN: 978-84-09-03625-7

ESP/HIVP/0012/18c 03/2019



Los contenidos de este informe “Juntos podemos vencer al VIH” están sujetos a una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra derivada 4.0 Internacional.

Los usuarios pueden copiar, distribuir, mostrar y reproducir solo copias directas del trabajo con fines no comerciales y dentro de los límites que se especifican en la licencia.

Puede consultar la licencia completa aquí:

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES

GRUPO DE TRABAJO

José Alcamí:

“Responsable Unidad de Inmunopatología del SIDA. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Coordinador de la Red Española de Investigación en SIDA”.

Antonio Alemany:

“Subdirector Gerente del Hospital Clínico San Carlos. Madrid”.

Daniel Álvarez Cabo:

“Gerente de la Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos. Madrid”.

Julia del Amo:

“Profesora de Investigación en Biomedicina. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid”.

Antonio Antela:

“Facultativo Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. La Coruña”.

Amaya Azcoaga:

“Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Pintores. Parla, Madrid”.

Emilio de Benito:

“Redactor de salud y ciencia del Diario El País. Madrid”.

Juan Berenguer:

“Facultativo Especialista en Enfermedades Infecciosas. Unidad de Enfermedades Infecciosas/VIH. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid”.

Fátima Brañas:

“Médico Especialista en Geriátría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Vallecas, Madrid”.

Joan A. Cayla:

“Jefe del Servei d’Epidemiología. Agència de Salut Pública. Barcelona. Fundación de la Unidad de Investigación en TB de Barcelona y CIBER de Epidemiología y Salud Pública”.

Javier Dodero:

“Director de Continuidad Asistencial de Quirónsalud Hospitales Públicos. Madrid”.

Emma Fernández:

“Enfermera en Servei d’Infeccions. Hospital Clínic. Barcelona”.

María José Fuster:

“Directora-Gerente de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid”.

Marisa García Ontiveros:

“Adjunto de Psicología Clínica. Hospital Gregorio Marañón. Madrid”.

José M. Libre:

“Médico Adjunto Unidad VIH. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona”.

José Manuel Martínez Sesmero:

“F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Toledo”.

Mónica Morán:

“Programa de Prevención de VIH y otras ITS. Servicio de Promoción de Salud. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Madrid”.

Santiago Moreno:

“Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid”.

José A. Pérez Molina:

“Especialista en Enfermedades Infecciosas. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid”.

Toni Poveda:

“Director Gerente de la Coordinadora Estatal de VIH y Sida (CESIDA). Madrid”.

Antonio Rivero:

“Jefe de Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba”.

Izabella Rohlf:

“Epidemióloga. Dirección de la Red De Salud Mental y Adicciones de la Región Sanitaria Girona. Institut d’Assistència Sanitària (IAS). Girona”.

Eugenia Sampedro:

“Enfermera con experiencia en atención sociosanitaria a colectivos en riesgo de exclusión social. Santiago de Compostela, La Coruña”.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS DEL PROYECTO	8
3. METODOLOGÍA	10
4. ANÁLISIS GLOBAL DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA	14

5. NUEVAS ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA

5.1.	RESULTADOS 2020	19
5.2.	AVANZANDO HACIA LOS RESULTADOS 2020 PARA ESPAÑA	20
5.3.	RECOMENDACIÓN DETALLADA DE INTERVENCIONES PARA ESPAÑA	23
5.3.1.	Prevención primaria	23
5.3.2.	Detección temprana	30
5.3.3.	Manejo clínico	33
5.3.4.	Seguimiento, organización y gestión	34

6. SÍNTESIS Y REFLEXIÓN FINAL

ANEXO 1	44
----------------	----

BIBLIOGRAFÍA	46
---------------------	----

Durante las últimas tres décadas hemos vivido múltiples cambios en el conocimiento de la infección por el VIH y en el perfil epidemiológico de los pacientes. Gracias a la disponibilidad de fármacos altamente eficaces y al inicio precoz del tratamiento, la supervivencia de los pacientes ha aumentado de forma significativa, cronificando la enfermedad. Sin embargo, a pesar de los enormes avances experimentados en el tratamiento, la epidemia sigue sin estar controlada en España y el número de nuevas infecciones no ha disminuido en la última década.

Nos encontramos en un momento crítico en la historia de la epidemia y la respuesta a la infección por VIH. Los principales avances científicos y el cúmulo de lecciones aprendidas a lo largo de tres décadas nos permiten asegurar que la infección por VIH se puede terminar como amenaza para la salud pública en España. Nunca antes hemos tenido una oportunidad similar para aprovechar el impulso y acelerar nuestra respuesta a la epidemia y sin embargo, no lo estamos haciendo.

Si no aceleramos nuestra respuesta, los costes de la infección por VIH, tanto económicos como en vidas humanas, se convertirán en una deuda que nunca podremos pagar, y no alcanzaremos el objetivo de la agenda de desarrollo sostenible de acabar con la epidemia del VIH en 2030.

Nuestro objetivo último es proteger a las generaciones futuras mediante la eliminación de una vez por todas de las nuevas infecciones por VIH. Por otro lado, debemos tener en cuenta que la calidad de la atención de las personas que viven con VIH no solo depende de la cantidad de recursos, sino, sobre todo, de cómo se emplean éstos, de cómo se organiza y dirige el sistema sanitario, de cómo se forma a los profesionales y del apoyo a los grupos sociales implicados, sin olvidar el desarrollo de los sistemas de información sanitaria y los agentes de investigación como elementos clave de la respuesta a la infección por VIH. Se requiere una mayor coordinación entre el ámbito sanitario y otros sectores de nuestra sociedad implicados en el bienestar del paciente. Vivimos en una época con muchas posibilidades a nuestro alcance. Actualmente tenemos en nuestras manos recursos y capacidades que hace unos años se antojaban inalcanzables. Gestionar eficientemente los recursos disponibles es un reto de todos los actores implicados directa o indirectamente en la atención a las personas con infección por VIH.

La nueva situación de la infección requiere un nuevo impulso en las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad. A través de la incorporación de intervenciones innovadoras en el sistema, podremos dar respuestas más diferenciadas, adaptadas y eficientes al problema.

El objetivo del presente documento consiste en ofrecer, tanto a los ciudadanos como a los profesionales sanitarios y políticos, una visión global de la situación actual de la infección por VIH en España, identificando los puntos críticos y proponiendo oportunidades de mejora a través de una serie de recomendaciones que permitan conseguir ese último impulso que nos ayude a controlar definitivamente la epidemia. Estas recomendaciones servirán para orientar la respuesta a la infección por VIH, pero necesitarán ser adaptadas a las características locales de cada territorio.

Este documento ha sido elaborado con el consenso y la colaboración de personas expertas con una visión interdisciplinar (médica, enfermera, psicológica, social, comunitaria), y desde distintas áreas de la prevención, la asistencia clínica, la vigilancia epidemiológica y la investigación; todas ellas implicadas directa o indirectamente en la respuesta frente al VIH. También ha contado con la participación de responsables de sociedades científicas y profesionales de gestión en distintas organizaciones y niveles del sistema, además de las aportaciones de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la respuesta a la infección por VIH. La multidisciplinariedad del grupo ha permitido enriquecer el debate con una visión más amplia del problema, aportando un gran valor añadido a las reflexiones estratégicas.

Todos ellos coinciden en afirmar que lograr el fin de la epidemia es posible, siempre y cuando exista un firme compromiso político, recursos adicionales e innovaciones programáticas que permitan reducir de forma drástica las nuevas infecciones, cambiando así la trayectoria de la infección por VIH. Es el momento de pasar a la acción, ya que si tomamos las decisiones e inversiones correctas ahora, el fin del VIH puede estar a nuestro alcance.

2. OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto desarrollado por el grupo multidisciplinar persigue un doble objetivo:

1. Realizar una descripción integral de la situación actual del VIH en España con el objetivo de identificar los retos primordiales a los que nos enfrentamos, y concienciar de esta forma a los diferentes agentes sobre la necesidad urgente de impulsar nuestra respuesta para controlar la epidemia.
2. Identificar áreas de mejora y definir un conjunto de intervenciones o estrategias en el ámbito del VIH que contribuyan a prevenir nuevas infecciones, a mejorar la detección precoz, el manejo clínico y el seguimiento actual de los pacientes.

3. METODOLOGÍA

Para su consecución, el grupo inició su trabajo realizando un análisis global de la situación de la infección por VIH en España. Para la realización de este diagnóstico se utilizó un modelo que consta de nueve dimensiones de análisis. Cada una de las nueve dimensiones tiene un impacto directo sobre la población pero además, existe una interrelación entre las diferentes dimensiones, lo que hace que el impacto final del VIH sea aún mayor (Figura 1).

El resultado del análisis de las nueve dimensiones en su conjunto proporciona una visión global de la infección por VIH que, debido a su actual naturaleza crónica, presenta unas particularidades no conocidas hasta la fecha que requieren una reflexión sobre cómo enfrentarse al manejo de la nueva situación de la infección.

Figura 1: Análisis Global de la infección por VIH en España



Fuente: Elaboración propia. SI-Health

Partiendo de dicho diagnóstico, la segunda parte del proyecto en la que ha trabajado el grupo es la identificación de posibles intervenciones en cada una de las fases del continuo de atención de la infección por VIH (Figura 2).

Figura 2: Marco para la identificación y clasificación de intervenciones: Continuo de atención de la infección por VIH



Fuente: Elaboración propia. SI-Health

Las intervenciones propuestas en base al diagnóstico del contexto español y a la evidencia disponible permitirán ampliar la perspectiva de los diferentes agentes e iniciar un recorrido de trabajo conjunto para lograr, en los próximos años, mejorar la respuesta a la infección por VIH en España y optimizar las capacidades y recursos disponibles alineados con un objetivo común.

El presente documento muestra un resumen de este diagnóstico y detalla las áreas de mejora y el conjunto de intervenciones que el grupo de expertos ha identificado en cada una de las cuatro fases del continuo de atención.

4. ANÁLISIS GLOBAL DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA

El análisis de la infección por VIH en España realizado en base a las nueve dimensiones (Figura 1) muestra que el VIH continua siendo un importante problema de salud pública en nuestro país, tanto por su carga de morbi-mortalidad como por su repercusión económica y social¹.

La epidemia sigue plenamente activa y desde el año 2000, el número de nuevos diagnósticos anuales no ha variado significativamente, con casi 3.500 nuevos diagnósticos de infección por VIH registrados cada año². Los esfuerzos en prevención están siendo insuficientes para controlar la expansión del virus, y el número de personas con VIH en España aumenta año tras año, al igual que la necesidad de recursos para estos pacientes.

Todavía hoy, el 18% de las personas que viven con VIH en España no son conscientes de su estado serológico y son potenciales transmisoras de la infección³. Además, la mitad de los nuevos diagnósticos que se realizan son tardíos, lo que conlleva una peor evolución clínica y una menor esperanza y calidad de vida para los pacientes, además de suponer un mayor coste asistencial².

El número de personas que adquieren el VIH está aumentando en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)², y el incremento de la incidencia en otras infecciones de transmisión sexual (ITS)⁴ demuestra que existe un aumento de las prácticas de riesgo en este colectivo, en muchos casos provocado por la aparición de nuevas tendencias poco conocidas hasta el momento, como el *chemsex* (uso de drogas para el sexo) o la utilización de *apps* de encuentros para tener sexo.

A pesar de que la incidencia de infección por VIH desciende o se mantiene estable en el resto de grupos poblacionales clave, no estamos siendo capaces de llegar a determinados colectivos, y el diagnóstico tardío se mantiene elevado en heterosexuales, personas que se inyectan drogas (PID), personas mayores de 50 años e inmigrantes². Estos grupos se enfrentan a numerosos obstáculos y barreras para acceder a los servicios de diagnóstico del VIH, y proponer estrategias para minimizarlos es imprescindible si queremos terminar con el diagnóstico tardío y avanzar en la respuesta a la infección por VIH.

La respuesta a la infección por VIH ha sido un éxito en lo científico pero un fracaso desde el punto de vista social. Las situaciones discriminatorias se siguen produciendo en España, a menudo profundamente entrelazadas con otras formas de discriminación basadas en el género, la orientación sexual, la raza, el consumo de drogas o el estatus migratorio. Si no se rectifica y se comienzan a abordar las desigualdades sociales, las nuevas infecciones seguirán produciéndose.

Por otra parte, el perfil de las personas que viven con VIH atendidas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha cambiado gracias a la expansión del tratamiento antirretroviral (TAR), y se está produciendo un progresivo envejecimiento de la población infectada por VIH en España. Este hecho es un gran éxito porque refleja la mayor esperanza de vida de esta población, pero al mismo tiempo surgen nuevos problemas que necesitan ser abordados. Actualmente, la mitad de las personas que viven con VIH son mayores de 50 años⁵, y el envejecimiento precoz que experimentan debido a la infección implica un mayor riesgo de padecer otras comorbilidades relacionadas con la edad. Estas comorbilidades cobran especial relevancia debido a la carga de morbi-mortalidad que suponen, la complejidad clínica de su abordaje y el importante impacto que provocan en los costes de la atención sanitaria.

En el futuro, se prevé un importante aumento del número de pacientes mayores de 50 años, así como del número de comorbilidades en estos pacientes⁶, por lo que es necesario mejorar el actual modelo de cuidados para atender a esta complejidad de la forma más eficiente posible. La atención a las personas que viven con VIH requiere por tanto una adaptación del modelo de atención en base a un abordaje de patología crónica, que reduzca la fragmentación de cuidados existente y ofrezca una atención más integrada, holística, interdisciplinar y proactiva, además de eficiente.

Adicionalmente, son necesarias medidas urgentes y permanentes en la inversión y diseño estratégico de la ciencia en nuestro país, ya que desde los recortes en investigación y ciencia aplicados por el Gobierno en el año 2009, la continuidad y estabilidad de la investigación en VIH está en entredicho^{7,8}. Sin embargo, la investi-

gación sobre el VIH no puede considerarse cerrada ya que todavía existen muchas preguntas de importancia para entender la patogenia de la enfermedad que siguen abiertas.

Pero las políticas de contención del gasto no sólo han afectado a la investigación, sino que también han paralizado numerosas estrategias e intervenciones de prevención y diagnóstico precoz. En consecuencia, seguimos fracasando en reducir las nuevas infecciones y cada día tenemos más personas que viven con VIH en tratamiento, que además lo estarán para toda la vida. En este sentido, el espectacular incremento que se viene produciendo en el gasto en TAR, que aumentó desde los 134 millones de euros en 1997 hasta los 730 millones de euros en 2012^{9,10}, continuará creciendo a menos que reduzcamos las nuevas infecciones.

Por tanto, reducir las nuevas transmisiones y mejorar la detección y el manejo de las personas que viven con VIH resulta imprescindible para que la necesidad de recursos no continúe aumentando en el futuro. Para ello, es necesario recuperar el liderazgo perdido y obtener un fuerte compromiso económico que garantice la respuesta a la epidemia, especialmente en materia de prevención y diagnóstico precoz, ya que los datos corroboran que la inversión en este sentido ha sido totalmente insuficiente. Solo así conseguiremos cumplir con los compromisos internacionales asumidos para 2020, ya que a día de hoy, el 34% de las personas que viven con VIH en España siguen sin tener la carga viral suprimida¹¹.

5.	NUEVAS ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA	19
5.1.	RESULTADOS 2020	19
5.2.	AVANZANDO HACIA LOS RESULTADOS 2020 PARA ESPAÑA	20
5.3.	RECOMENDACIÓN DETALLADA DE INTERVENCIONES PARA ESPAÑA	23
5.3.1.	Prevención primaria	23
5.3.2.	Detección temprana	30
5.3.3.	Manejo clínico	33
5.3.4.	Seguimiento, organización y gestión	34

5.1. RESULTADOS 2020

En el ámbito internacional hay un acuerdo general para lograr los resultados explicitados por ONUSIDA para el año 2020¹². Son los siguientes:

- Objetivo 90/90/90: el 90% de las personas que viven con VIH están diagnosticadas, el 90% de las personas diagnosticadas con VIH reciben tratamiento antirretroviral y el 90% de las personas en tratamiento logran la supresión viral.
- El 90% de las poblaciones clave tienen habilidades, conocimiento y capacidad de protección frente al VIH.
- El 90% de las poblaciones clave tienen acceso a los servicios de prevención combinada.
- El 90% de las mujeres viven libres de la desigualdad de género para mitigar el riesgo y el impacto del VIH.
- El 90% de las personas que viven con VIH no reportan ningún tipo de discriminación, especialmente en entornos de salud, educación y trabajo.

A pesar de que la gran mayoría de países no han logrado alcanzar todavía las metas para 2020, ONUSIDA ya ha establecido nuevos objetivos para la siguiente década con el propósito final de acabar con la epidemia del VIH: alcanzar el 95/95/95 en el año 2030. Por tanto, dado el elevado porcentaje de acceso al tratamiento que existe en España, el grupo multidisciplinar sugiere ser igual de ambiciosos en nuestros objetivos y propone los siguientes para 2020:

- Conseguir una reducción mayor del 10% anual en la incidencia de nuevas infecciones por VIH.
- Lograr que el 95% de las personas que viven con VIH estén diagnosticadas.
- Lograr que entre los nuevos diagnósticos de VIH, los casos tardíos descendan hasta el 23%.
- Lograr que el 95% de las personas que viven con VIH diagnosticadas reciban tratamiento.
- Conseguir que el 95% de las personas que viven con VIH en tratamiento logren la supresión viral.
- Reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con VIH.

Para medir y evaluar el grado de cumplimentación de estos objetivos, existen directrices propuestas por ONUSIDA¹³ que pueden servir de ejemplo para la definición y utilización de indicadores. Como fuente de datos, se sugiere utilizar y potenciar los recogidos en el Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH), en el Registro Nacional de Casos de Sida (RNCS), en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), así como en las cohortes de seguimiento de pacientes infectados por VIH, en la Encuesta Hospitalaria y en la red EpiVIH.

Por otro lado, para realizar las estimaciones del número de personas que viven con VIH, incluidas las que aún no han sido diagnosticadas, así como las nuevas infecciones, se sugiere la utilización de la adaptación al contexto español realizada por Olivier Nuñez y Asunción Díaz³ de las herramientas de modelación matemática del VIH propuestas por ONUSIDA o el ECDC¹⁴.

A continuación se presentan las áreas de mejora y el conjunto de estrategias identificadas por el grupo de expertos para cumplir con los objetivos propuestos ya que, de no realizar nuevas intervenciones, nos quedaremos muy lejos de los objetivos fijados por ONUSIDA para 2020.

5.2. AVANZANDO HACIA LOS RESULTADOS 2020 PARA ESPAÑA

En primer lugar, se propone planificar de forma amplia usando el marco del continuo de atención (Figura 2). El marco representa el continuo de cuidados y engloba intervenciones sobre los individuos y sobre la población. Este marco permite asegurar que se interviene sobre todos los puntos posibles de impacto y además hacerlo de forma planificada y sistemática, ya que se ha evidenciado que para controlar una enfermedad es necesario actuar sobre las cuatro fases del continuo de atención. Históricamente, las intervenciones con mayor éxito se han producido en las fases 3 y 4, es decir, sobre el manejo clínico y seguimiento de los pacientes. Por ello, a partir de ahora el grupo multidisciplinar sugiere invertir de forma ambiciosa en las fases de prevención primaria y detección temprana de la enfermedad (fases 1 y 2), con el objetivo de ampliar la cobertura y despliegue de los servicios existentes y responder así a los principales problemas detectados en el diagnóstico, esto es, **la reducción de las nuevas infecciones y la detección de la infección oculta, reduciendo a la vez el diagnóstico tardío.**

Por otra parte, respecto a las fases 3 y 4, se sugiere la sistematización del modelo de atención de la infección por VIH, tomando como base los principales componentes que mejoran la gestión de enfermedades crónicas. En este caso, las intervenciones propuestas no suponen una inversión importante de recursos, sino que más bien consiste en definir un modelo de funcionamiento homogéneo para todas las unidades de VIH, potenciando algunos componentes que permitirán ofrecer una atención de mayor calidad y más adaptada a las necesidades de enfermos crónicos (Figura 3).

Figura 3: Marco para la identificación y clasificación de intervenciones: Continuo de atención de la infección por VIH



Fuente: Elaboración propia. SI-Health

RECOMENDACIÓN N°1:

“Se sugiere invertir más recursos en las fases de prevención primaria y detección temprana de la infección, así como la sistematización del modelo de atención de la infección por VIH.”

Para lograr estos objetivos, se procedió a identificar distintas intervenciones con evidencia en la literatura científica para cada fase del continuo de cuidados. Esta lista se utilizó como base para decidir las intervenciones para España, pero dado que el número de intervenciones existentes era muy elevado, se procedió a determinar qué intervenciones son más indicadas para la situación actual de España, y estas se agruparon y re-estructuraron en base a los siguientes criterios:

- Evidencia científica sobre cada intervención.
- Identificación de intervenciones tanto del ámbito poblacional como individual.
- Presencia en los debates técnicos actuales.
- Pertinencia a país desarrollado.
- Grado de idoneidad de la intervención con los resultados deseados y explicitados en el capítulo anterior.

A continuación se muestra el resultado de este ejercicio de estructuración de las intervenciones más indicadas para la actual situación de España (Figura 4).

Figura 4: Propuesta de intervenciones para España



Fuente: Elaboración propia. SI-Health

Todas estas intervenciones son consideradas por el grupo multidisciplinar como imprescindibles para avanzar en el control de la infección por VIH en España. Pero antes de pasar a detallar cada una de ellas, existe otra categoría de intervención que no se incluye en el continuo de atención por su carácter transversal, pero que es necesario destacar dada la importancia capital que tiene en la respuesta a la infección por VIH: la investigación.

La ciencia tiene un papel fundamental que desempeñar para poner fin a la epidemia de VIH. Los mayores logros en la respuesta a la epidemia del VIH han llegado gracias a la investigación y sin embargo, en España los recursos destinados a la misma se han estancado. Mantener la investigación en el campo del VIH es de vital importancia ya que siguen existiendo preguntas importantes para comprender la patogenia de la infección. A pesar de los grandes logros conseguidos, el VIH continúa siendo un problema no resuelto con un importante recorrido de avance en la búsqueda de una cura o protección frente al VIH.

Los recientes avances en la investigación en VIH han confirmado la promesa de nuevas opciones para ayudar a poner fin a la epidemia de VIH y muestran la necesidad urgente de una investigación continua para desarrollar nuevas opciones de prevención y tratamiento.

Por tanto, el grupo multidisciplinar recomienda la adopción de medidas urgentes y permanentes en la inversión y diseño estratégico de la investigación en VIH en España. La inversión continua en investigación puede acelerar el desarrollo de nuevas opciones para contribuir a poner fin a la epidemia del VIH, y además repercutirá de manera muy importante en otras áreas de la medicina.

RECOMENDACIÓN Nº2:

“Adoptar medidas urgentes y permanentes en la inversión y diseño estratégico de la investigación en VIH en España”.

5.3. RECOMENDACIÓN DETALLADA DE INTERVENCIONES PARA ESPAÑA

5.3.1. FASE 1: PREVENCIÓN PRIMARIA:



A pesar de los enormes avances realizados en el control de la infección por VIH durante la década de los 90, la incidencia en España se ha estabilizado desde el año 2000, y cada año se siguen produciendo un gran número de nuevas infecciones. La tasa de infección oculta y la proporción de diagnósticos tardíos sigue siendo muy elevada, y la infección por VIH sigue sin estar controlada en España².

Es evidente que las medidas preventivas puestas en marcha durante décadas, ya sean para evitar la transmisión sexual, por compartir material de inyección o por transmisión madre-hijo, no han tenido el efecto esperado en el control de la infección, por lo que se requieren nuevas estrategias para prevenir la transmisión del VIH, especialmente en los colectivos de mayor incidencia.

Existen diversos métodos de prevención del VIH que han demostrado ser efectivos cuando se utilizan de forma sistemática, no obstante, no existe ningún enfoque de prevención que tenga la capacidad de poner fin a la epidemia por sí solo. Es preciso combinar varias intervenciones para la prevención. Diferentes entornos y grupos de población requerirán diferentes intervenciones combinadas. El mejor impacto de la prevención del VIH surge de ofrecer un paquete de intervenciones seleccionadas minuciosamente, adaptadas a la población y al entorno afectado por la epidemia¹⁵.

Por tanto, es vital que las respuestas de prevención del VIH se centren en combinaciones de intervenciones con un alto impacto demostrado. En este sentido, la evidencia recomienda que las estrategias de prevención del VIH deben ser complejas y combinar acciones sobre el cambio de conductas, biomédicas, estructurales y de tratamiento antirretroviral como medida de prevención, ya que se ha constatado que intervenciones con modestos niveles de eficacia pueden incrementarla si se combinan con otras¹⁶ (Figura 5).

Figura 5: Prevención combinada de alta eficacia



Fuente: Adaptación Coates and Gable 2008.

Por tanto, el grupo multidisciplinar sugiere seguir esta estructura para asegurar una intervención preventiva eficaz en cada uno de los grupos poblacionales clave que hayan sido identificados en los entornos locales.

Evidentemente, cada grupo poblacional clave requerirá de una combinación de intervenciones diferentes, y se propone trabajar en la implementación de estas intervenciones adaptadas a cada grupo, teniendo en cuenta el contexto local y evaluando los resultados.

RECOMENDACIÓN N°3:

“Implementar en función del contexto local, un paquete de intervenciones de prevención combinada para los grupos poblacionales clave identificados”.

En este sentido, el grupo multidisciplinar destacó que algunas de las estrategias de prevención de cada una de estas cuatro categorías ya se están realizando en España, mientras que otras necesitan un impulso más importante para conseguir la eficacia preventiva esperada. Las dos categorías que requieren de un mayor impulso son las estrategias biomédicas (en concreto, PrEP) y las estructurales.

A. TRATAMIENTO DEL VIH Y OTRAS ITS COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN:

Sin duda, el diagnóstico de las personas infectadas por VIH y su tratamiento lo más precoz posible es la estrategia en la que más merece la pena invertir esfuerzos y recursos si se pretende controlar realmente la epidemia. El tratamiento precoz no sólo proporciona beneficio en la salud individual de la persona que lo recibe, sino que beneficia a la sociedad ya que las personas con supresión viral del VIH no pueden transmitir la infección a otras personas, incluso en el contexto de prácticas sexuales o de inyección de riesgo, o en el caso de la transmisión vertical. Por otro lado, el diagnóstico precoz y el tratamiento de otras ITS ayudan a reducir el riesgo de infección por VIH, ya que el VIH altera el revestimiento de las superficies genitales y provoca una inflamación que hace que la probabilidad de transmisión del VIH aumente.

En España, todavía existe un 18% de personas infectadas y no diagnosticadas que pueden transmitir el virus del VIH de manera no intencional³, y ésta es la razón por la que la epidemia se mantiene a pesar de que la mayoría de las personas diagnosticadas están adecuadamente tratadas. La detección precoz de la enfermedad es por tanto fundamental para el control de la infección por VIH, por lo que más adelante, en la segunda fase del continuo de atención, se tratarán las áreas de mejora detectadas por el grupo multidisciplinar para fortalecer el diagnóstico de la enfermedad.

B. LAS ESTRATEGIAS DE CAMBIO DE CONDUCTAS:

Las estrategias de cambio de conductas son intervenciones para motivar cambios de conductas en personas y comunidades mediante el uso de enfoques educativos y motivacionales. El objetivo final es ayudar al desarrollo de habilidades y conocimientos sobre cómo reducir el riesgo de adquirir la infección. Entre las estrategias de cambio de conductas destacan las siguientes¹⁷:

- **Consejo asistido:** estas intervenciones educativas pueden ser realizadas en distintos entornos y por distintos agentes. A modo de ejemplo, educación individual en consultas médicas, formaciones grupales realizadas por personal de enfermería, talleres comunitarios (de pares) en lugares más cercanos a la población diana o a través de la integración de la educación sexual en los currículums educativos.
- **Estrategias de reducción de daños:** incluyen programas de intercambio de jeringuillas, tratamiento sustitutivo de opiáceos, etc. Estas estrategias suelen ir siempre acompañadas de intervenciones de consejo asistido para reducir los comportamientos de riesgo.

- **Campañas de sensibilización y concienciación:** aquí se incluyen todo tipo de campañas de prevención, información, sensibilización y concienciación dirigidas a modificar los comportamientos de riesgo en relación a la infección, así como a subsanar algunos conceptos erróneos sobre el VIH y el sida que pueden ser generadores de actitudes y comportamientos negativos hacia las personas que viven con VIH. En este sentido, la creencia profundamente arraigada en el imaginario social sobre los grupos de riesgo provoca que la población general no se considere en riesgo de contraer la infección, por lo que es muy importante que en estas campañas se hable de comportamientos de riesgo y no de colectivos de riesgo, lo que también ayudará a modificar las creencias discriminatorias preestablecidas. Este tipo de campañas no sólo se deben dirigir a la población general mediante canales masivos, sino que también es necesario llegar a grupos más específicos como los profesionales sanitarios, los jóvenes u otros grupos poblacionales clave a través de canales y mensajes más específicos.

C. ESTRATEGIAS BIOMÉDICAS:

Las intervenciones biomédicas utilizan una combinación de medios biomédicos para buscar reducir el riesgo físico de contraer el VIH y raramente se utilizan sin las intervenciones conductuales. Las principales intervenciones biomédicas disponibles en la actualidad son las siguientes:

Profilaxis pre-exposición (PrEP): la PrEP tiene como objetivo prevenir que las personas sin infección por VIH y expuestas al VIH contraigan el virus, utilizando una combinación de dos fármacos antirretrovirales (ARV). Aunque en España no existan estudios de coste-efectividad de la PrEP, ésta ya ha mostrado su eficacia, seguridad y coste-efectividad en distintos grupos de población de riesgo, como en HSH¹⁸, en parejas heterosexuales serodiscordantes¹⁹ y en PID²⁰. Estos estudios también han valorado las potenciales desventajas de la PrEP, como la toxicidad, el desarrollo de resistencias o el incremento compensatorio del riesgo de exposición derivado de la sensación de seguridad que proporciona la PrEP (menor uso preservativo).

Cabe destacar que organismos internacionales y locales en diversas partes del mundo, incluidas la Organización Mundial de la Salud y la sociedad científica GeSIDA en España, han evaluado la PrEP y la han propuesto como una estrategia de prevención válida en contextos variados²¹.

En España, las recomendaciones de GeSIDA indican que son candidatas a recibir PrEP las personas pertenecientes a colectivos cuya incidencia de infección por VIH sea mayor a 2 casos por 100 personas-año. En nuestro país existen, por tanto, grupos de población con alto riesgo de infectarse por VIH que podrían beneficiarse de un programa de PrEP.

En este sentido, el grupo multidisciplinar recomienda la dispensación de la PrEP a las personas que cumplan los requisitos que ya han sido establecidos en las guías de GeSIDA. Entre otros, pertenecer a un colectivo cuya incidencia sea mayor a 2 casos por 100 personas-año y contar con el compromiso por parte de la persona de un adecuado seguimiento y adherencia al programa. La PrEP debe prescribirse, por tanto, dentro de un plan de prevención global que incluya consejo asistido y formación, y su dispensación se deberá realizar en centros que cumplan los requisitos que ya han sido establecidos en las guías de PrEP de GeSIDA, incluyendo centros comunitarios, centros de ITS o clínicas especializadas de atención al VIH.

Estos requisitos son fundamentales puesto que se ha demostrado que la mala adherencia es el factor principal del fracaso de algunos proyectos de PrEP recientes. Esto no debe sorprender ya que ocurre lo mismo con otras enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, etc.) en las que las personas que toman el medicamento son también asintomáticas, dificultando el mantenimiento de un régimen diario y restando eficacia a la intervención. Es, por tanto, necesario desarrollar proyectos que prioricen la adherencia, teniendo en cuenta los factores comunitarios y sociales que afectan a la misma.

Para poder avanzar en esta línea es necesario desarrollar actividades que están más relacionadas con el sistema de salud que con el medicamento propiamente dicho. La adherencia a PrEP depende en gran medida de otros factores además del medicamento. Es por ello que la parte final de este documento sugiere empezar a incorporar elementos del modelo asistencial de enfermedades crónicas que hasta el momento no se han implementado de forma sistemática en el manejo de la infección por VIH. Dicho de otra forma, los programas de

PrEP recomendados en numerosos países y en este documento para España tendrán más éxito si se desarrollan las intervenciones adicionales explicitadas en la sección 5.3.4 de este documento, en relación a la fase de “seguimiento, organización y gestión” del VIH.

RECOMENDACIÓN N°4:

**“Se sugiere incluir la PrEP
como parte de una estrategia de prevención combinada”.**

Profilaxis post-exposición (PPE): el uso de TAR como quimioprofilaxis después de una exposición ocupacional puede reducir el riesgo de transmisión de VIH y también en otras situaciones ajenas al entorno laboral donde el riesgo de exposición es elevado, tales como la penetración anal receptiva con eyaculación y sin preservativo, y si se han compartido jeringuillas, agujas o material de inyección recién utilizados por otra persona.

Se trata de una estrategia de prevención de urgencia que se debe de iniciar lo antes posible, idealmente dentro de las primeras seis horas tras la exposición de riesgo, aunque el período de tiempo tras la exposición dentro del cual se aconseja administrar el tratamiento es de 24-72 horas. El tratamiento consiste en la administración de antirretrovirales durante 28 días²².

Esta estrategia ya está funcionando en España aunque el grupo multidisciplinar reconoce que todavía es necesario promocionar su uso e informar sobre su existencia en determinados grupos poblacionales, así como detectar las barreras respecto a su utilización.

Vacunación frente al VHA, VHB, VPH: la vacunación frente al Virus de la Hepatitis A, B, y Virus del Papiloma Humano (VPH) han mostrado altos niveles de eficacia. Todas estas vacunas están incluidas en la cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud con una excepción, la vacunación del VPH que sólo está recogida en el calendario vacunal de las niñas. Sin embargo, existen países que también vacunan a los niños porque el efecto del VPH sobre la incidencia de condilomas y cáncer anal es muy significativo en HSH. Dado que las edades en las que se vacuna (11-12 años) es muy difícil conocer la orientación sexual de una persona, una estrategia sexo-neutra de vacunación sería muy recomendable.

D. ESTRATEGIAS ESTRUCTURALES:

La influencia de factores estructurales, de justicia social y defensa de los derechos de las personas con VIH tienen un importante impacto en la estrategias de prevención. Factores como el acceso a recursos sociosanitarios, las desigualdades en salud, la marginación de las poblaciones más vulnerables, el estigma o la discriminación, frenan sustancialmente los esfuerzos de las estrategias preventivas.

Las intervenciones estructurales buscan incidir en estos factores que hacen que personas o grupos sean vulnerables a la infección por VIH. Estos factores pueden ser sociales, económicos, políticos o ambientales. En este sentido, las intervenciones estructurales suelen ser difíciles de implementar, porque tratan sobre asuntos socioeconómicos que pueden tardar mucho tiempo en cambiar (pobreza, inequidad de género y exclusión social), y requieren de intervenciones concretas de múltiples sectores, no sólo del sanitario, para reducir las inequidades y garantizar la protección de los derechos humanos de los grupos clave.

Las intervenciones estructurales deben incluir normativas y políticas que mejoren la disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad de los servicios preventivos y asistenciales. Entre las intervenciones estructurales con impacto en la prevención del VIH, se encuentran la movilización de la comunidad, la oferta de servicios integrales, las intervenciones económicas, así como favorecer las normativas o leyes que respondan a las desigualdades de género, los derechos humanos o la discriminación en el acceso a servicios de vivienda, trabajo, inmigración o educación¹⁶.

En España no existen suficientes políticas y programas para abordar la reducción de estas desigualdades, y no parecen ser un problema prioritario en las políticas públicas de nuestro país, a pesar de que en otros países europeos su abordaje político empieza a ser explícito. Por tanto, el grupo multidisciplinar recomienda el diseño de una batería de intervenciones multinivel que incidan en los factores estructurales que hacen a determinadas poblaciones más vulnerables frente a la infección por VIH en España. Estas intervenciones deberán ser incorporadas como elementos críticos de la prevención combinada, constituyendo una respuesta integral y multisectorial a la epidemia de VIH.

Para poder definir esta batería de intervenciones, será necesario revisar las políticas, leyes y reglamentaciones de otros sectores con el objetivo de que estas no aumenten la vulnerabilidad, ni establezcan discriminaciones ni impidan el acceso a distintos servicios como la vivienda, el trabajo o la educación. A modo de ejemplo, sería conveniente revisar las bases de las convocatorias de oposiciones que discriminen a las personas que viven con VIH candidatas.

Sin embargo, el estigma asociado al VIH influye y tiene efectos en diversos niveles además del estructural. Se debe dar respuesta a cada uno de esos niveles a través de esfuerzos programáticos y políticos. Así, y además de las propuestas contenidas en este apartado para el nivel estructural, se debe intervenir en los niveles intrapersonal, interpersonal, institucional y en la comunidad²³.

Las intervenciones dirigidas al nivel intrapersonal deberán buscar reducir la internalización del estigma y empoderar a la persona que vive con VIH a través de estrategias como mejorar su conocimiento, actitudes, conducta, auto-concepto, autoestima o habilidades de afrontamiento. Las intervenciones a nivel interpersonal se han de dirigir a modificar el ambiente en el que viven las personas con VIH, (especialmente la familia y la red de amistades) favoreciendo el establecimiento de relaciones y el fomento del apoyo social. Este apoyo social tendrá un impacto positivo en la salud y en las conductas saludables. Las intervenciones en este nivel deberán tener como base la educación en cuidados y la sensibilización del entorno.

En el nivel institucional es preciso formar a las diversas organizaciones (por ejemplo organizaciones laborales o sanitarias, entre otras) para que modifiquen sus actitudes y desarrollen políticas y programas de apoyo. Finalmente en el nivel de la comunidad es necesario incrementar el conocimiento y destruir mitos que favorecen el estigma. Hay varias intervenciones posibles que han de tener unos componentes clave: educación, reestructuración de creencias erróneas, incrementar la empatía hacia las personas que viven con VIH, formar en habilidades o incrementar el contacto con las personas que viven con VIH. Las intervenciones más exitosas son aquellas que combinan más de uno de estos componentes clave. Asimismo, otras claves para el éxito serán que las intervenciones se diseñen basadas en la evidencia y que se incluyan a todos los agentes implicados y grupos de interés en su diseño. En este sentido, el papel de las ONG, asociaciones y entidades diversas que trabajan en el ámbito comunitario luchando contra el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH es fundamental, no sólo en el diseño de las intervenciones sino en la implementación de muchas de ellas, como en ofrecer información, soporte y apoyo al paciente y sus familias o en la lucha por los derechos de las personas que viven con VIH. Por tanto, es indispensable que este tipo de entidades cuenten con la financiación suficiente para desarrollar sus fines.

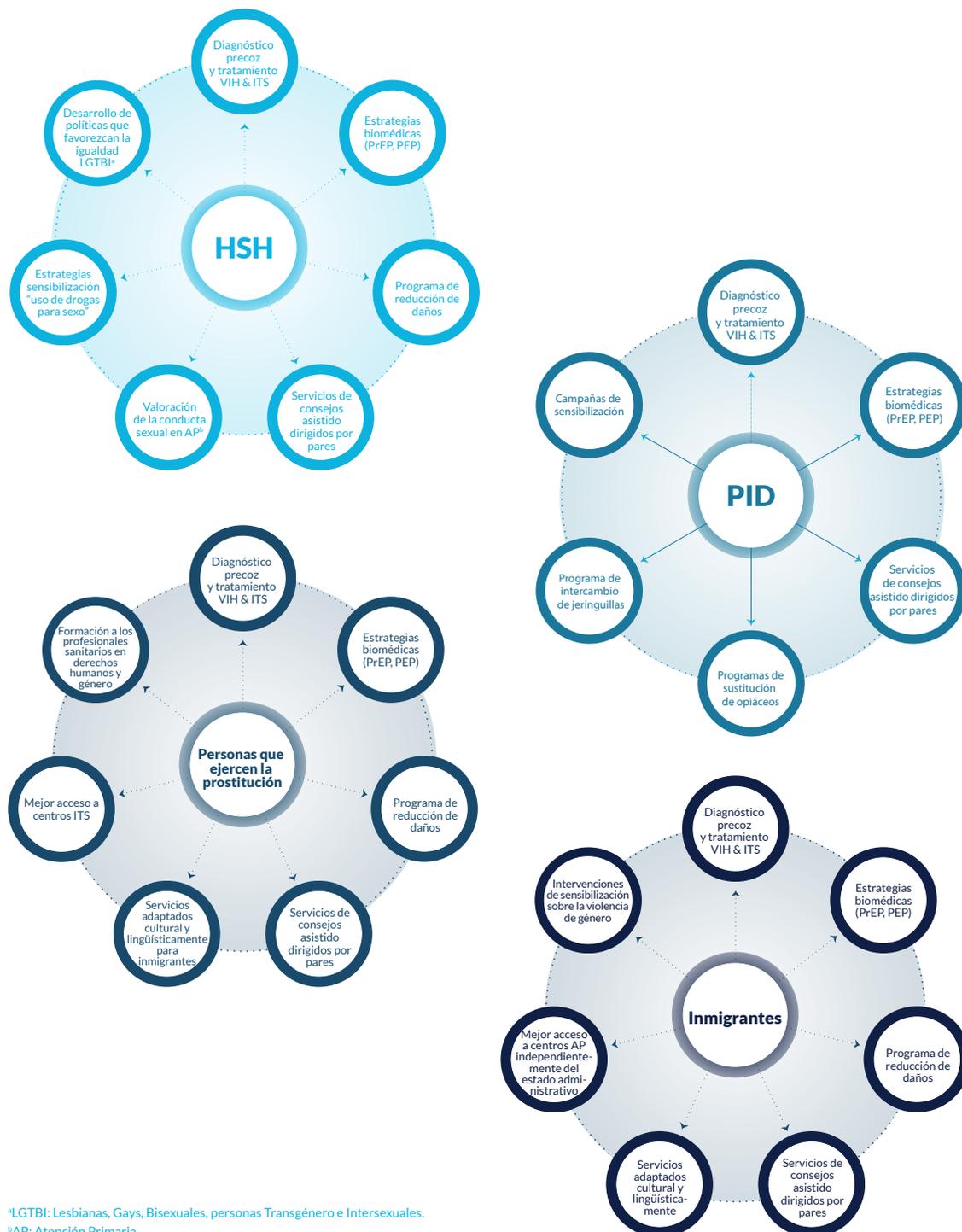
En suma, reducir el estigma ha de estar en el centro a la respuesta a la infección por VIH, y debe ser una prioridad en la financiación, políticas, investigación y programas de VIH.

RECOMENDACIÓN N°5:

“Diseñar una batería de intervenciones multinivel que incidan en los factores estructurales que hacen a determinadas poblaciones más vulnerables frente a la infección por VIH en España”.

En conclusión, para esta primera fase del continuo de atención el grupo multidisciplinar sugiere insistir en que las estrategias de prevención del VIH deben combinar acciones sobre el cambio de conductas, biomédicas, de tratamiento y estructurales. Estas estrategias se deberán implementar para todos y cada uno de los grupos poblacionales existentes en cada entorno local, sin olvidar a la población general o a las personas heterosexuales que también tienen riesgo de infección. A modo de ejemplo, a continuación se presentan algunos paquetes de prevención combinada que se podrían implementar en cuatro grupos poblacionales (Figura 6).

Figura 6: Ejemplos de prevención combinada en grupos poblacionales clave



^aLGTBI: Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transgénero e Intersexuales.
^aAP: Atención Primaria

5.3.2. FASE 2: DETECCIÓN TEMPRANA



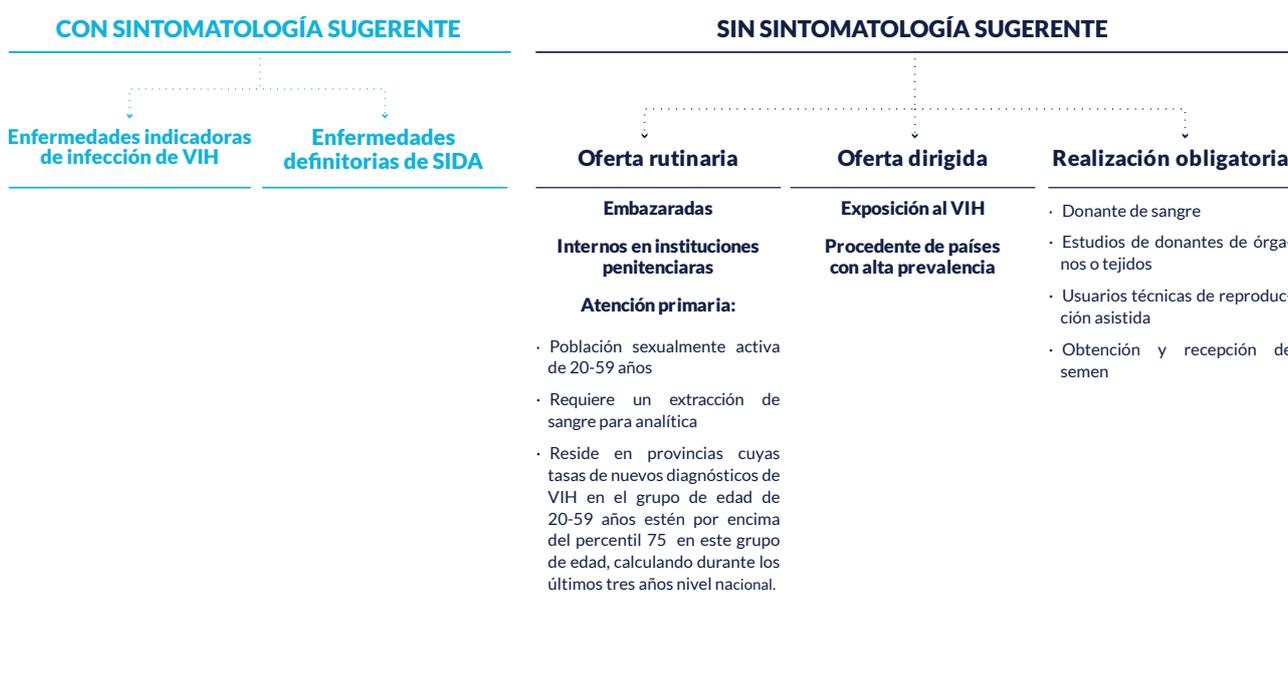
A. DETECCIÓN PRECOZ EN EL ENTORNO SANITARIO:

El diagnóstico precoz de la enfermedad es probablemente la mayor asignatura pendiente de la respuesta a la infección por VIH, tanto en España como en el resto de países desarrollados. Por ello, con el objetivo de detectar a la infección oculta en la población, muchos países comenzaron a implementar estrategias de cribado dirigidas a la población general, una vez la evidencia había descrito la oferta rutinaria de la prueba de detección del VIH como una intervención coste efectiva en EEUU, siempre y cuando la prevalencia de infección oculta del VIH fuese de al menos un 0,1%²⁴.

A modo de ejemplo, en 2008 el Reino Unido comenzó a recomendar la realización de la prueba del VIH a todas las personas que acudieran por primera vez a su centro de Atención Primaria, cuando la prevalencia local de VIH fuese superior al 0,2%²⁵. Asimismo, desde 2009 en Francia se realiza el cribado de VIH a la población general entre 15 y 70 años de forma rutinaria al menos una vez la vida²⁶ y en EEUU, a partir de 2013, el CDC recomendó la realización de la prueba del VIH a todos los pacientes entre 13 y 64 años que acudían a centros sanitarios, independientemente de la existencia de prácticas de riesgo y de la prevalencia del VIH²⁷.

En este contexto, la “Guía de Recomendaciones para el Diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario” publicada por el MSSSI en 2014 también recomendó, además de las indicaciones para la realización de la prueba ya existentes (prueba a personas con sintomatología sugerente, ofertas dirigidas y de realización obligatoria), la incorporación de la oferta rutinaria para cualquier persona sexualmente activa de 20-59 años que requiera una extracción de sangre para analítica por cualquier motivo, siempre y cuando resida en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el citado grupo de edad estuviera por encima del percentil 75 calculado durante los 3 últimos años a nivel nacional²⁸ (Figura 7).

Figura 7: Algoritmo de recomendaciones de realización de la prueba del VIH en el entorno sanitario (MSSSI 2014)



Fuente: MSSSI 2014.

La inclusión de la prueba rutinaria de detección del VIH respondía a la necesidad existente en España de diagnosticar a la población general que, al no pertenecer a ninguno de los grupos poblacionales clave o no identificarse como tal en el contexto de la atención primaria, no eran sistemáticamente cribados para poder beneficiarse del diagnóstico y tratamiento precoz.

Sin embargo, el cribado rutinario a la población general en el marco de la atención primaria (AP) no ha funcionado como se esperaba y todavía existe un gran margen de mejora por varios motivos; entre otros la escasa difusión que ha tenido la guía entre los profesionales sanitarios y la falta de claridad del último criterio relativo a las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en cada provincia.

En este sentido, un estudio reciente realizado en España por un grupo multidisciplinar de investigadores en colaboración con el Plan Nacional del SIDA ha mostrado que la realización de la prueba de VIH al menos una vez en la vida en la población general que acude a atención primaria estaría dentro de las estrategias consideradas como coste-efectivas. Además, en relación a los HSH, el estudio también señala la necesidad de aumentar la frecuencia de realización de la prueba en este grupo poblacional, incluso cada 3 meses, en entornos dónde acuden hombres con riesgo elevado de adquisición del VIH, como los centros de ITS y/o el BCN CheckPoint²⁹.

Por tanto, el grupo multidisciplinar sugiere que se debería actualizar la guía incorporando los datos de coste-efectividad y simplificar este último criterio ya que complica en exceso la labor de los profesionales sanitarios. Para ello, se recomienda revisar y actualizar en base a la última evidencia disponible los criterios de la oferta rutinaria de la serología frente al VIH propuestos por el MSSSI.

RECOMENDACIÓN Nº6:

“Revisar y actualizar los criterios de la oferta rutinaria de la serología frente al VIH propuestos por el MSSSI”.

En cualquier caso, el cribado rutinario del VIH no es el único que requiere un mayor esfuerzo de implementación, sino que los cribados en poblaciones expuestas a riesgo, en situaciones clínicas sugerentes de infección o con sintomatología de sida también requieren un nuevo impulso. La escasa difusión de la guía desde el MSSSI ha provocado que muchos profesionales desconozcan su existencia, y se ha demostrado que los médicos de AP no hacen suficientes pruebas, ya sean de oferta rutinaria o las relativas a pacientes con sintomatología sugerente. Esto provoca que se “pierdan” muchos pacientes, por lo que todavía es necesario reforzar la percepción de los profesionales sanitarios para que realicen la prueba con mayor frecuencia³⁰.

En este sentido, existen estudios que demuestran que la formación y sensibilización de los profesionales³¹ o la incorporación de alertas informáticas en la historia clínica incrementan el número de pruebas realizadas, por lo que el grupo multidisciplinar recomienda la incorporación de este tipo de intervenciones que favorezcan la correcta implementación de los programas de cribado propuestos desde el MSSSI. Por tanto, se propone trabajar con impulso y de un modo decidido en la mejora de la implementación de los programas de cribado en cada entorno local, a través de distintas acciones que podrían favorecer su implementación. A modo de ejemplo, algunas de estas acciones podrían incluir lo siguiente:

- Formación y sensibilización de los profesionales sanitarios para fomentar la realización de pruebas. Estos programas podrían además reforzarse con la formación en habilidades para hablar de sexualidad e ITS y programas específicos para reducir los estereotipos en el ámbito sanitario.
- Instalación de alertas informáticas que faciliten las recomendaciones sobre diagnóstico precoz en entornos clínicos, comenzando con las relativas a pacientes con sintomatología sugerente y posteriormente analizando la posibilidad de incluir alertas clínicas relativas a la oferta rutinaria.

- Realización de la historia de hábitos sexuales, donde se valoren conductas sexuales de riesgo con el objetivo de valorar la posibilidad de realizar la prueba.
- Realización del estudio de contactos o “index testing”. En un estudio reciente en Barcelona se ha demostrado que el estudio de contactos es una estrategia factible, aceptable para el usuario y capaz de identificar a una alta proporción de pacientes que desconocían su infección³².
- Ampliar a otros profesionales de la salud, como las enfermeras, la implementación del cribado y la educación sexo-afectiva.

RECOMENDACIÓN N°7:

“Potenciar el despliegue y la implementación efectiva de las recomendaciones de cribado elaboradas por el MSSSI en el entorno clínico”.

B. DETECCIÓN PRECOZ EN EL ENTORNO COMUNITARIO:

El cribado en el entorno comunitario es una estrategia imprescindible para lograr diagnósticos tempranos y evitar nuevas infecciones en determinados grupos poblacionales, especialmente en los más vulnerables.

En muchas CCAA de España aún existe un amplio recorrido de mejora en este sentido, y cada entorno local de acuerdo a sus especificidades deberá valorar la posibilidad de complementar el cribado sanitario con el comunitario para ofrecer un mayor acceso a las pruebas rápidas en distintos entornos más accesibles a determinadas poblaciones vulnerables como por ejemplo en ONGs, farmacias, unidades móviles, centros comunitarios, centros de atención a jóvenes, universidades, bancos de alimentos, locales nocturnos, saunas, festivales de música, etc.

Para ello, resulta imprescindible proveer de más recursos a las entidades comunitarias que ya lo están haciendo y promover la transferencia de las experiencias más exitosas a otras zonas y comunidades. En este sentido, centros comunitarios como el Checkpoint en Barcelona es considerado un ejemplo a seguir para otras comunidades que consideren la incorporación de un centro de este tipo en su entorno.

Cualquier acercamiento a la comunidad es visto de manera positiva por el grupo multidisciplinar, pero para que resulte realmente efectivo, se subraya la necesidad de que exista una adecuada coordinación entre las entidades sanitarias y comunitarias, tanto para optimizar el uso de recursos como para asegurar una rápida derivación al TAR de los pacientes diagnosticados.

Adicionalmente, como complemento al cribado en el entorno sanitario y comunitario, el MSSSI y el Consejo General de Farmacéuticos ya han suscrito un convenio de colaboración para fomentar del diagnóstico precoz a través de la venta en farmacias del autotest de VIH. A partir de ahora, las farmacias podrán dispensar los test de autodiagnóstico del VIH sin necesidad de receta una vez se apruebe el correspondiente decreto que ya ha recibido el visto bueno del Consejo Interterritorial.

El objetivo de esta reciente medida es impactar en un grupo de población que de otra manera no se haría o tardaría demasiado en hacerse la prueba. No obstante, existe la preocupación de si el hecho de realizarse la prueba en ausencia de personal sanitario dificulta el afrontamiento de un posible resultado positivo y supone una menor vinculación a los recursos de apoyo y tratamiento que necesitan. En este sentido, es necesario puntualizar que el autotest debe incorporar amplia información y de fácil comprensión para los usuarios, ya que estos deben ser capaces de interpretar correctamente el resultado y disponer de información sobre dónde acudir en caso positivo³³. Para ello, se recomienda que las personas que necesiten información puedan recibir atención telefónica 24h

de manera gratuita, anónima y confidencial por parte de organizaciones comunitarias que trabajan en el ámbito del VIH en España en los que se informará de dónde hacerse la prueba de confirmación, así como también de los diferentes recursos disponibles de apoyo psicológico y atención médica especializada en la zona.

RECOMENDACIÓN N°8:

“Valorar la idoneidad de complementar el cribado en el entorno clínico con distintos programas en el ámbito comunitario”.

5.3.3. FASE 3: MANEJO CLÍNICO



El TAR ha reducido drásticamente la incidencia de infecciones oportunistas y, como consecuencia, ha conllevado un importante incremento de la supervivencia y la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Además, la mayor tolerabilidad y seguridad de los nuevos fármacos ARV ha propiciado una disminución de la frecuencia y gravedad de los efectos adversos, y la sencillez de los esquemas posológicos ha permitido una adherencia adecuada al mismo.

Por tanto, el manejo clínico de los pacientes en España tiene un recorrido de mejora menor si lo comparamos con otras fases del continuo de atención, ya que la prescripción y dispensación del TAR se está produciendo de forma correcta, salvo en los casos de personas inmigrantes en situación administrativa irregular después de la publicación del Real Decreto RD1192/2012.

En consecuencia, el grupo multidisciplinar únicamente propone garantizar el nivel de universalización alcanzado, pero incluyendo a las personas en situación administrativa irregular y asegurando en todo momento que la prescripción del mismo se realice siempre de acuerdo a las recomendaciones oficiales vigentes. Asimismo, se destaca el gran potencial de cambiar por mHealth^c y de los avisos por teléfono tanto para adherencia al tratamiento como para el recordatorio de revisiones periódicas.

RECOMENDACIÓN N°9:

“Garantizar la universalidad del TAR y su prescripción de acuerdo a las recomendaciones oficiales vigentes”.

^cSegún la OMS, «mHealth» es la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles como teléfonos móviles, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes personales digitales y otros dispositivos inalámbricos.

5.3.4. FASE 4: SEGUIMIENTO, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN



A pesar de que el grupo multidisciplinar reconoce el gran valor logrado en el manejo y seguimiento de las personas que viven con VIH en los centros asistenciales en España, se sugiere construir sobre esos avances y reflexionar sobre cómo mejorar su atención y su trayectoria por el sistema sanitario.

En este sentido, el grupo multidisciplinar reconoce la importancia de disponer de un modelo de gestión y organización estructurado y sistemático para las personas que viven con VIH, por lo que recomienda revisar el actual modelo de atención conceptualizando la infección por VIH como una enfermedad crónica.

RECOMENDACIÓN N°10:

“Diseñar y validar un modelo de gestión y organización de la infección por VIH como patología crónica”.

Organizando la infección por VIH como enfermedad crónica.

¿Qué sabemos de la gestión de otras enfermedades crónicas? ¿Son adecuados estos modelos de gestión y organización para la infección por VIH?

En los últimos 25 años ha habido numerosos pioneros que han innovado en los procesos individuales relacionados con las enfermedades crónicas. K. Lorig et al.^{34,35} ha demostrado que su método de formación estructurada para la autogestión empodera a los pacientes en prácticamente todas las enfermedades crónicas, mientras que M. Naylor et al.³⁶ y E. Coleman et al.³⁷ han probado que sus métodos para la transición de cuidados (procesos que facilitan el alta al domicilio después del ingreso) reducen sustancialmente los reingresos al hospital.

El modelo de *Guided Care*³⁸ con enfermería especializada en el manejo de enfermos crónicos de alta complejidad en el domicilio también ha probado su coste-efectividad, así como los modelos asistenciales que coordinan el servicio en todo el continuo de cuidados utilizando la enfermería especializada para asegurar la transición exitosa entre la atención hospitalaria, la atención primaria y el domicilio. Asimismo, este modelo basado en la enfermería educa y empodera a los pacientes y cuidadores para ser agentes activos en sus cuidados.

La hospitalización a domicilio se incluye en estas formas de atención en ciertos casos de episodios agudos, como alternativa al ingreso tradicional. En estos casos los pacientes se identifican en urgencias pero reciben la prestación de atención aguda a domicilio (enfermería, médica y terapéutica). Esta forma de atender a domicilio es útil en aquellos casos en los que se quiera facilitar una alta anticipada del hospital, y los resultados de estas formas de gestionar a pacientes crónicos han sido muy positivos³⁹.

Para poder avanzar hacia esta forma de gestión y organización del modelo de atención, el modelo integrador y validado de gestión de enfermedades crónicas^{40,41,42} (CCM – McColl Centre - Seattle) propone desarrollar una serie de intervenciones planificadas y simultáneas expresamente orientadas a la gestión más eficaz de las enfermedades crónicas. Estas intervenciones son las siguientes:

- Desarrollo de la autogestión del paciente con un método educativo estructurado y validado.

- Desarrollo de sistemas de apoyo a la decisión clínica y aumento de las habilidades clínicas.
- Desarrollo de un proceso asistencial basado en el trabajo en equipo y el diseño horizontal del proceso asistencial.
- Registro de pacientes e historia clínica electrónica conectada con atención primaria.
- Estratificación de pacientes por riesgo, con el fin de priorizar a los más necesitados y vulnerables.
- Actividades de conexión con las organizaciones sociales y la comunidad.

Los estudios indican que, cuando solo se desarrollan una o dos de estas intervenciones organizativas de forma aislada, los resultados solo mejoran marginalmente. En cambio, cuando se aplica toda la batería de medidas los resultados mejoran sustancialmente⁴³. Esto ocurre con prácticamente todas las enfermedades crónicas y por ello, lo que se recomienda es una intervención multicomponente.

Es decir, para conseguir resultados positivos en cualquier enfermedad crónica es necesario intervenir simultáneamente en la autogestión del paciente, en la coordinación entre atención primaria y hospitalaria, en sistemas de apoyo a la decisión clínica, en sistemas de información y estratificación por riesgo y en la conexión con la comunidad.

Partiendo de estas iniciativas innovadoras en la gestión de pacientes crónicos se pueden deducir tres grandes conclusiones:

- Se confirma que los resultados no sólo son mejorados por los diagnósticos, tratamientos y medicamentos, sino que la forma en la que se organizan y gestionan los cuidados también tienen una gran influencia.
- El modelo de pacientes agudos actual no se transforma en un modelo eficaz de crónicos por sí mismo cuando una enfermedad pasa a considerarse crónica.
- Aunque estas iniciativas deben desarrollarse conjuntamente entre clínicos y gestores, se puede percibir que son intervenciones de organización y gestión, no son propiamente clínicas.

Por tanto, existen numerosas iniciativas que pueden considerarse relevantes para la gestión de la enfermedad crónica por VIH. De hecho, muchas de estas iniciativas ya se están llevando a cabo en España pero es necesario que sean impulsadas de forma proactiva y coordinada si realmente se pretende transformar el modelo.

Las personas que viven con VIH son enfermos de alta necesidad y alto coste. Son enfermos crónicos, y conviene por tanto gestionarlos como tal. De forma parecida a otras enfermedades crónicas, la idea principal es transformar los cuidados de la infección por VIH desde un modelo de agudos reactivo a uno proactivo, planificado y poblacional.

En general, la mayor parte de las enfermedades crónicas se pueden manejar desde atención primaria bajo una serie de premisas. Tradicionalmente, en países de renta alta, la infección por VIH ha sido y es una condición manejada desde el hospital. La inclusión de servicios agudos hospitalarios es esencial porque, incluso cuando estos pacientes se gestionan perfectamente, son frecuentes los ingresos, y las tasas de hospitalización aumentan cuantas más patologías crónicas tenga una persona.

En este sentido, las experiencias innovadoras asistenciales descritas más arriba, especialmente aquellas dirigidas a las personas de más alto riesgo y con multimorbilidades, todas reconocen la importancia del hospital en la gestión de los enfermos crónicos complejos. Por lo tanto, una estrategia integral para manejar la infección por VIH debe concebirse incluyendo el hospital como pieza fundamental. Esta noción se intensificará aún más al avanzar en edad las personas que viven con VIH.

En general, las personas que viven con VIH en España están recibiendo un excelente trato asistencial. Existen multitud de razones para esto, siendo una de las más importantes el compromiso histórico de los profesionales de la salud y la implicación y lucha de las comunidades de afectados en la defensa de sus derechos. La excelente relación paciente-clínico establecida en España ha sido fundamental en la efectividad y los resultados obtenidos. Sin embargo, es necesario establecer mecanismos para que esa relación constructiva establecida en las últimas tres décadas sea un sistema que se pueda perpetuar en el tiempo. La atención que reciben los pacientes no debe depender del liderazgo individual de unos clínicos motivados sino del modelo que se establezca para atender a estos pacientes complejos.

Por tanto, la pregunta que debemos hacernos es si en España tenemos el mejor diseño posible de cuidados asistenciales para la infección por VIH y, en tal caso, cómo hacer sostenible y perdurable el modelo asistencial. Por otro lado, conviene analizar si el modelo asistencial que se ofrece es un modelo multicomponente o si ofrecemos intervenciones aisladas entre sí. Es decir, conviene analizar si se hacen simultáneamente como una batería de componentes de un modelo integral.

Como se recoge en la figura 8, ciertas experiencias en España reflejan este abordaje ya que en algunos centros asistenciales se implementan intervenciones concretas de los modelos descritos. Sin embargo, la utilización de un modelo dirigido a la gestión de crónicos podría considerarse una forma de avanzar hacia ese sistema más sustentable en el tiempo. En otros países ya se utilizan estos modelos en el manejo de la infección por VIH, concretamente la utilización del modelo CCM del Centro McColl de Seattle^{44,45}. En el anexo 1 (Descripción del modelo de VIH del Hospital de Vancouver y del Hospital Prince George) se resumen algunas de estas experiencias, como la estratificación que es una de las intervenciones más importantes a impulsar para adaptar el modelo asistencial. En este sentido, la medición de la capacidad funcional de las personas que viven con VIH permitiría estratificarlas y detectar a las más vulnerables para las que se diseñarían estrategias de intervención específicas. Por otra parte, permitiría detectar también a un grupo importante de pacientes de menor complejidad que podrían ser atendidos en AP o a través de la telemedicina.

Por tanto, para avanzar hacia un mejor modelo de atención de la infección por VIH, España también podría probar y evaluar este modelo asistencial. Para ello, el grupo recomienda valorar el desarrollo piloto de una intervención simultánea y multicomponente de la infección por VIH como enfermedad crónica en un centro asistencial, con el objetivo de evaluar los resultados y en su caso, generalizar su implementación en todo el estado.

RECOMENDACIÓN N°11:

“Pilotar en un centro asistencial, una intervención simultánea y multicomponente de la infección por VIH como enfermedad crónica”.

Figura 8: Intervenciones en hospitales en España y áreas de mejora según los componentes de intervención en organización y gestión

Componente del modelo	Descripción actual en España (sobre la base de la actuación en Hospitales)	Áreas de mejora
Organización del sistema de cuidados	<p>Calidad :</p> <ul style="list-style-type: none"> • GeSIDA dispone de un programa de indicadores de calidad validados para aplicar e incluso acreditar Unidades Clínicas que atienden a personas que viven con VIH, aunque el grado de implantación de estos indicadores no es suficiente. Solo algunos hospitales tienen estos indicadores de calidad incluidos en la historia clínica electrónica. • Medidas de calidad identificadas pero no siempre implementadas y acordadas en el equipo. • Algunos centros usan los Criterios de Calidad de los procesos asistenciales integrados (PAI) para el VIH. <p>Interdisciplinaridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen equipos interdisciplinarios hospitalarios en la atención a las personas que viven con VIH. Dado el menor peso de la patología oportunista y la normalización del paciente infectado por VIH, estos equipos/colaboradores han evolucionado de ser casi exclusivamente especialistas dedicados a la infección por VIH a asumir progresivamente el cuidado de las personas que viven con VIH como lo hacen con otros pacientes crónicos. • Existencia de reuniones de la Unidad/Servicio para coordinación e intercambio de información sobre el funcionamiento de la misma. • En muchas unidades la enfermería se integra en el sistema de cuidados, especialmente en temas de adherencia a la medicación y mantenimiento del seguimiento de los pacientes. • Colaboración efectiva con oncólogos, cardiólogos, geriatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y educadores sociales, allí donde existan. • Comunicación directa y fluida con los Servicios de Farmacia hospitalaria, que colaboran en proyectos comunes de investigación y atención al paciente. • Existencia de reuniones interprofesionales semanales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medidas objetivas de calidad asistencial (indicadores de GeSIDA u otros validados). • Seguimiento del uso de los indicadores de calidad asistencial de GeSIDA. • Reuniones periódicas del equipo y uso del modelo de calidad PDSA (Plan, Do, Study, Act). • Evitar la invisibilidad del trabajo en calidad en VIH al diluirse en las comisiones generales de calidad en los centros asistenciales. • Implementación general de las medidas que ya funcionan en centros excelentes con el fin de evitar la variabilidad clínica. <p>Especialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un liderazgo visible en el manejo de la infección por VIH en los centros asistenciales. • Equipos multidisciplinares coordinados y con protocolos de actuación común para la atención de las personas que viven con VIH. • Mayor integración e implicación de otros profesionales sociosanitarios en los equipos de atención a personas que viven con VIH: enfermería, psicólogos, farmacia y otros agentes de salud comunitarios (apoyo de pares). • Potenciar reuniones interprofesionales.

Componente del modelo	Descripción actual en España (sobre la base de la actuación en Hospitales)	Áreas de mejora
Apoyo a Auto-gestión por paciente	<p>Método educativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ofrece formación con profesionales de psicología y enfermería, con sociedades científicas como SEISIDA o con ONGs. Amplia gama de material impreso y culturalmente adaptado. • Acceso universal y gratuito, con posibilidad de adaptación a las características locales a partir de Internet. • Baja implementación del modelo estructurado y validado de autogestión de Stanford³⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ir desarrollando el paciente experto de VIH. • Identificación y uso generalizado de modelos educativos validados para empoderar a los pacientes y ampliar el número de pacientes expertos. • Actualizar y aumentar la difusión del material infográfico sobre la infección por VIH existente con el objetivo de transmitir conceptos básicos que faciliten al paciente la información necesaria para la toma de decisiones compartidas desde el principio. • Incidir en la distribución de los materiales ya existentes y en la disponibilidad de los materiales adaptados culturalmente. • Adaptación de los programas de educación sexo-afectiva al contexto sociocultural de cada paciente. • Colaboración en educación con ONGs. • Proveer consejo asistido directo y virtual de apoyo.
Sistemas de apoyo a la decisión clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de guías clínicas internacionales, nacionales y en algunos aspectos también locales del propio centro. Están disponibles en la intranet e incorporadas a la historia clínica electrónica. • Historia clínica electrónica específica de VIH con un amplio sistema de alertas. • Implementación de alertas según microorganismos “centinela” (TBC, criptococo, <i>Cryptosporidium</i>, etc...) o los propios diagnósticos de VIH desde el laboratorio de Microbiología. • Alertas existentes para las contraindicaciones medicamentosas. • Poca conexión del sistema de alertas con AP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interoperabilidad de las historias clínicas y sociales. • Incorporar alertas en la historia clínica electrónica, incluido la generación de mensaje por correo electrónico a los miembros del equipo. • Uso rutinario de Guías de Práctica Clínica e incorporadas en la intranet del centro. • Conectar al sistema de historia clínica electrónica aquellas alertas clínicas relevantes en toxicidad, ausencia de controles periódicos en determinados apartados (Fibroscan, ecografía hepática, serología luética o de VHC, cribado de papiloma/citología anal,...) que puedan derivar en una mejora del nivel asistencial y la seguridad del paciente. • Alarmas automáticas/recordatorios pre-definidos que ayuden al clínico en el seguimiento rutinario. • Implementación de una historia clínica electrónica de uso fácil y que sea compatible con AP, así como alertas automáticas en función de parámetros pre-establecidos para favorecer el diagnóstico precoz y la identificación de complicaciones. • Implementación de foros de interconsulta con otros especialistas que faciliten la comunicación y respuesta rápida. Especialmente para problemas de salud no graves.

Componente del modelo	Descripción actual en España (sobre la base de la actuación en Hospitales)	Áreas de mejora
Sistemas de apoyo a la decisión clínica		<ul style="list-style-type: none"> • Implantar la receta electrónica para fármacos de dispensación hospitalaria e integración con programa de interacciones farmacológicas. • Incorporar <i>mHealth</i>.
Rediseño del modelo de prestación	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene un enfoque generalista y se asume la prevención y el manejo de muchas de las comorbilidades de los pacientes. • Mayor grado de utilización de la enfermería para actividades de control, inmunizaciones y adherencia; principalmente intrahospitalaria. • Consultas de enfermería en el seguimiento de pacientes. Programa de tratamiento intravenoso domiciliario. Consulta telefónica. • En hospitales con mucha carga de inmigrantes, funcionan con programas de pares y en algunos con mediadores culturales. • Pocos programas de “outreach” de enfermería (fuera del hospital). • Potencial de la telemedicina/telecuidados a explorar. • En general, el sistema de cuidados todavía sigue siendo muy centrado en el hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinición de las funciones del especialista en VIH hacia un enfoque más generalista para asumir el manejo de las comorbilidades más prevalentes. • Visibilizar y consolidar las competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en el cuidado de personas que viven con VIH. • Reforzamiento de la labor de enfermería en el soporte del manejo especializado de determinados pacientes “súper especializados” como pueden ser los pacientes infectados por VIH. • Mayor coordinación entre Atención Primaria y Especializada. • Mayor implementación de la telemedicina: citas virtuales, avisos de pruebas/consultas, posibilidad de consultar resultados de pruebas a los pacientes. • Analizar el potencial de algún tipo de incentivo contractual para aumentar la indicación de la prueba de VIH por los médicos de AP.

Componente del modelo	Descripción actual en España (sobre la base de la actuación en Hospitales)	Áreas de mejora
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> Existencia desde 2008 de historia clínica electrónica. El modelo actual está más desarrollado para gestores que para clínicos. Es necesario una mayor adaptación para necesidades clínicas. Es necesario homogeneizar y compatibilizar la historia clínica electrónica en todos los centros. Estratificación: aunque existe la estratificación general de pacientes en varias CCAA, no se está usando para planificar proactivamente la atención y prevención de la infección por VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> Actualización continua de la historia clínica electrónica con lista de pacientes con información clínica relevante. Estratificación por vulnerabilidad/complejidad. Monitorización “automática” de los indicadores de calidad. Estratificación en función de parámetros objetivos. Integración del programa de interacciones farmacológicas con receta electrónica. Alertas.
Recursos comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> Programas organizados de apoyo a PID, programas de intercambio de jeringas e incluso ingreso hospitalario para desintoxicación. Colaboración efectiva con entidades tipo Checkpoint o el Centro Sanitario Sandoval en el soporte y control de la salud sexual en HSH. Los programas de soporte a PID y HSH están bien desarrollados, a modo de ejemplo, los de la Cruz Roja. La disponibilidad de recursos comunitarios es muy variable entre las distintas CCAA, y en muchas de ellas esta área de intervención está poco desarrollada. 	<ul style="list-style-type: none"> Concebir la sociedad civil como un activo. Aprovechamiento mayor del potencial del 3º sector y ONGs. Formalizar alianzas con grupos comunitarios. Conectar con pacientes que no acuden frecuentemente al sistema formal de salud. Promover la educación por pares. Diseminar ejemplos de buenas prácticas comunitarias en VIH entre todas las redes. Potenciar programas comunitarios específicos para la población inmigrante. Dinámicamente promover intervenciones de comunicación sobre el VIH en la población general con el fin de seguir comunicando que la infección por VIH no es un problema solo de los grupos a riesgo.

Por último, además de sistematizar el modelo asistencial, el grupo multidisciplinar considera necesario asegurar el relevo generacional de los especialistas en VIH, y para ello resulta imprescindible el reconocimiento de la especialidad de Enfermedades Infecciosas.

España todavía sigue siendo el único país de Europa, junto a Bélgica y Luxemburgo, que no reconoce esta especialidad como una más dentro del conjunto de especialidades médicas, pese a su aceptación como tal por parte de la Unión Europea.

El hecho de dejar fuera de las especialidades la que trata las Enfermedades Infecciosas conllevará que los profesionales sanitarios, muchos cerca de la edad de jubilación, no tengan un personal clínico con esta formación específica que los pueda relevar. Por tanto, no se va a poder dar una adecuada transmisión de los conocimientos en la especialidad y tampoco de la valiosa experiencia acumulada, en muchos casos, desde el inicio de la pandemia de VIH/sida.

Por tanto, además de las áreas de mejora detectadas en el modelo asistencial de la infección por VIH, es preciso el reconocimiento de la especialidad de Enfermedades Infecciosas como una más para garantizar la atención adecuada de las personas que viven con VIH en España. Recientemente, se ha aprobado una Proposición No de Ley (PNL) en la comisión de Sanidad del Congreso, lo que supone un primer paso muy importante para el reconocimiento de la especialidad. Sin embargo, esto no supone su aprobación definitiva, que se producirá cuando se apruebe el Real Decreto (RD), algo imprescindible para la formación reglada de los futuros especialistas, así como para las personas que viven con VIH ahora y en el futuro.

RECOMENDACIÓN N°12:

“Reconocer la especialidad de Enfermedades Infecciosas para asegurar la transmisión del conocimiento generado durante años, garantizando así la calidad de la atención a la infección por VIH en el futuro”.

6. SÍNTESIS Y REFLEXIÓN FINAL

-
- Aunque las personas que viven con VIH en España están recibiendo una excelente atención, la epidemia no está bajo control en España, y sigue habiendo unas 3.500 nuevas infecciones por VIH cada año.
 - El grupo multidisciplinar reunido para este proyecto sugiere QUÉ hacer para controlar la infección por VIH en España. Este documento ofrece una propuesta estructurada, organizada y argumentada científicamente.
 - La bondad de esta propuesta radica en el planteamiento combinado de una “cartera de intervenciones o estrategias” ajustadas a la realidad de la infección por VIH, basadas en la evidencia, valoradas desde una lógica planificadora y económica y razonadas con una visión general del contexto actual en España.
 - Sin embargo, la implementación de esta “cartera de intervenciones” es muy contexto-dependiente, y este grupo valora precisamente la diferenciación contextual como un elemento nuclear de valor para el APRENDIZAJE y la consecución del IMPACTO generalizado que se pretende.
 - Para lograr el objetivo final de controlar la epidemia del VIH en 2020, el grupo multidisciplinar propone una serie de recomendaciones:

-
1. Se sugiere invertir más recursos en las fases de prevención primaria y detección temprana de la infección, así como la sistematización del modelo de atención de la infección por VIH.
 2. Adoptar medidas urgentes y permanentes en la inversión y diseño estratégico de la investigación en VIH en España.
 3. Implementar en función del contexto local, un paquete de intervenciones de prevención combinada para los grupos poblacionales clave identificados.
 4. Incluir la PrEP como parte de una estrategia de prevención combinada.
 5. Diseñar una batería de intervenciones multinivel que incidan en los factores estructurales que hacen a determinadas poblaciones más vulnerables frente a la infección por VIH en España.
 6. Revisar y actualizar los criterios de la oferta rutinaria de la serología frente al VIH propuestos por el MSSSI.
 7. Potenciar el despliegue y la implementación efectiva de las recomendaciones de cribado elaboradas por el MSSSI en el entorno clínico.
 8. Valorar la idoneidad de complementar el cribado en el entorno clínico con distintos programas en el ámbito comunitario.
 9. Garantizar la universalidad del TAR y su prescripción de acuerdo a las recomendaciones oficiales vigentes.
 10. Diseñar y validar un modelo de gestión y organización de la infección por VIH como patología crónica.
 11. Pilotar en un centro asistencial, una intervención simultánea y multicomponente de la infección por VIH como enfermedad crónica.
 12. Reconocer la especialidad de Enfermedades Infecciosas para asegurar la transmisión del conocimiento generado durante años, garantizando así la calidad de la atención a la infección por VIH en el futuro.
-

DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE VIH DEL HOSPITAL DE VANCOUVER Y DEL HOSPITAL PRINCE GEORGE

Componente del modelo	Descripción
Organización del sistema de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de calidad identificadas y metas acordadas con equipo. • Reunión interprofesional mensual. Utilización de modelo calidad P.D.S.A
Apoyo a Auto-gestión por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de educación VIH estructurada. • Adaptación de material educativo a culturas diferentes.
Sistemas de apoyo a la decisión clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de guía clínica en historia clínica electrónica. • Desarrollo de alertas a clínicos.
Rediseño del modelo de prestación	<ul style="list-style-type: none"> • Rol enfermería extendido para incluir la monitorización de la infección por VIH, análisis sangre e inmunizaciones. • Sistemas de alerta para recordar necesidad de análisis de sangre. • Enfermería “OutReach” implementada. • Inclusión de un peer navegador (Otro paciente VIH positivo acompañante).
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de historia clínica electrónica que genera lista de pacientes VIH con información clínica relevante. • Estratificación por vulnerabilidad.
Recursos comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un comité asesor comunitario para “personas que viven con VIH”. • Formalización de partenariados con grupos comunitarios.

1. Rojo, A., Arratibel, P., Bengoa, R., y Grupo multidisciplinar de expertos en VIH. El VIH en España, una asignatura pendiente. 1ª Edición. España: The Institute for Health and Strategy (SI-Health); 2017. ISBN: 978-84-09-03532-8.
2. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf (acceso diciembre 2017).
3. Nuñez, O., Hernando, V., del Amo, J., Moreno C., y Diaz, A. Estimación de las personas que viven con el VIH y de la fracción no diagnosticada de VIH en España. XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. Sevilla, 2017. Abstract CO1.6.
4. Grupo de trabajo sobre ITS. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2011. Centro Nacional de Epidemiología/ Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida, 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeITS2005_2011.pdf (acceso diciembre 2017).
5. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2015. Análisis de la evolución 2000- 2015. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida- S.G. de Promoción de la salud y Epidemiología. Madrid; 2016. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2015.pdf> (acceso diciembre 2017).
6. Smit, M., Brinkman, K., Geerlings, S., Smit, C., Thyagarajan, K., van Sighem, A., et al. on behalf of the ATHENA Cohort. (2015). Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infectious Diseases*; 15: 810–18.
7. Fundación Cotec para la Innovación. Informe Cotec, 2017. Disponible en: http://cotec.es/media/INFORME-COTEC-2017_versionweb.pdf (acceso diciembre 2017).
8. José de Nó, José Molero. Análisis de los recursos destinados a I+D+i (Política de Gasto 46) contenidos en los Presupuestos Generales del Estado aprobados para el año 2016. Asociación Instituto de Estudios de la Innovación. Confederación de Sociedades Científicas de España. Enero 2016. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/129052/1/InformeCOSCEPGE2016Aprobados.pdf> (acceso diciembre 2017).
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf (acceso diciembre 2017).
10. Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Informe de evaluación plan multisectorial de VIH/sida 2008-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Julio 2013. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacion30Agosto2013.pdf> (acceso diciembre 2017).
11. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Continuum of HIV care Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Continuum-of-HIV-care-2017.pdf> (acceso diciembre 2017). Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Continuum-of-HIV-care-2017.pdf> (acceso diciembre 2017).
12. ONUSIDA. Acción acelerada para acabar con el sida. Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf (acceso diciembre 2017).
13. ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2017. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de

las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_es.pdf (acceso diciembre 2017).

14. ECDC. HIV Modelling Tool. User Manual. Version 1.2.2. 18th of October 2016. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/healthtopics/aids/Documents/manual.pdf> (acceso diciembre 2017).
15. ONUSIDA. Acción acelerada para la prevención combinada. 2015. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf (acceso diciembre 2017).
16. Castillo Soria, O. (2015). ¿Qué funciona y qué no funciona en la prevención del VIH y las ITS? Revista Multidisciplinar del Sida. Monográfico 2015. Vol. 3. Núm. 6. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/que-funciona-y-que-no-funciona-en-la-prevencion-del-vih-y-las-its/> (acceso diciembre 2017).
17. Coates, T. J., Richter, L., Cáceres, C. (2008). Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*. 372: 669-84.
18. McCormack, S., Dunn, D. T., Desai, M., Dolling, D. I., Gafos, M., Gilson, et al. (2015). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*; 387: 53-60.
19. Baeten, J. M., Donnell, D., Ndase, P., Mugo, N. R., Campbell, J. D., Wangisi, J., et al. (2012). Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*; 367:399-410.
20. Choopanya, K., Martin, M., Suntharasamai, P., Sangkum, U., Mock, P. A., et al. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*; 381:2083-90.
21. 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. 2016. Disponible en: http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/gesida-guiasclinicas-2016-profilaxis_pre-exposicionVIH.pdf (acceso diciembre 2017).
22. Rotheram-Borus, M. J., Swendeman, D., Chovnick, G. (2009). The past, present, and future of HIV prevention: integrating behavioral, biomedical, and structural intervention strategies for the next generation of HIV prevention. *Annu Rev Clin Psychol*; 5:143-167.
23. Heijnders, M., Van Der Meij, S. (2006). The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med* 11:353-63.
24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Technical Expert Panel Review of CDC HIV Counseling TaRG. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral. 1999. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a1.htm> (acceso diciembre 2017).
25. British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV and British Infection Society. UK national Guidelines for HIV Testing 2008. Disponible en: <http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Testing/GlinesHIVTest08.pdf> (acceso diciembre 2017).
26. Yazdanpanah, Y., Perelman, J., DiLorenzo, M. A., Alves, J., Barros, H., Mateus, C., et al. (2010). Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One*; 5: e13132.
27. Moyer, V. A., U.S. Preventive Services Task Force. (2013). Screening for HIV: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*; 159:51-60.
28. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Plan Nacional del Sida. MSSSI 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf (acceso diciembre 2017).

29. Mabileau, G., Del Amo, J., Rützel, K., Paltiel, A. D., Lemsalu, L., Díaz, A., et al. for OptTEST by HiE. (2017). Effectiveness and cost-effectiveness of HIV screening strategies across Europe. CROI. February 13–16, 2017. Seattle, Washington. Abstract #1028. Disponible en: http://www.croiconference.org/sites/default/files/posters-2017/1028_Mabileau.pdf (acceso diciembre 2017).
30. Agustí, C., Montoliu, A., Mascort, J., Carrillo, R., Almeda, J., Elorza, J. M., et al. (2016). Missed opportunities for HIV testing of patients diagnosed with an indicator condition in primary care in Catalonia, Spain. *Sex Transm Infect*;92:387-392.
31. Rodríguez Ortiz de Salazar, B., Grupo VIHAP. (2016). Implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria: Estudio VIHAP. *Revista Multidisciplinar del Sida. Monográfico 2016 Vol. 4. Núm. 8.* Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/implementacion-de-la-oferta-rutinaria-de-la-prueba-de-vih-en-atencion-primaria-estudio-vihap/> (acceso diciembre 2017).
32. Garcia de Olalla, P., Molas, E., Barberà, M. J., Martín, S., Arellano, E., Gosch, M., et al. (2015). Effectiveness of a Pilot Partner Notification Program for New HIV Cases in Barcelona, Spain. *PLoS ONE*;10: e0121536.
33. World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services, 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251655/1/9789241549868-eng.pdf?ua=1> (acceso diciembre 2017).
34. Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W Jr., Bandura, A., Ritter, P., et al. (1999). Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical Care*; 37:5-14.
35. Lorig, K. R., Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*;26:1-7.
36. Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., Hirschman, K. B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)*;30:746–754.
37. Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., Min, S. J. (2006). The Care Transitions Intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*;166:1822–1828.
38. Boulton, C., Karm, L., & Groves, C. (2008). Improving Chronic Care: The “Guided Care” Model. *The Permanente Journal*;12:50–54.
39. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD000356.
40. Glasgow, R. E., Tracy Orleans, C., Wagner, E. H., Curry, S. J., & Solberg, L. I. (2001). Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? *The Milbank Quarterly*;79: 579–612.
41. Bodenheimer, T., Wagner, E. H., Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*;288(15):1909–1914.
42. Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Servi Res*;15:194.
43. Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Aff (Milwood)*; 28:75–85.
44. Wagner EH. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*; 1: 2-4.
45. The MacColl Center for Health Care Innovation. The chronic care model. Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2 (acceso diciembre 2017)



AVALADO POR:

