

# El cribado comunitario de VIH/ITS: Retos y oportunidades

Jordi Casabona<sup>1,2</sup> y Laura Fernández<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Centre d'Estudis Epidemiològics del VIH/ITS de Catalunya (CEEISCAT), Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC), Badalona, Spain

<sup>2</sup> CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain

E-mail de contacto: jcasabona@iconcologia.net

## RESUMEN

En nuestro contexto queda aún mucho recorrido para mejorar el diagnóstico precoz del VIH. Para ello hay que mejorar el rendimiento de los programas y servicios del VIH/ITS para incrementar el porcentaje de personas VIH positivas que saben que están infectadas. Los programas de cribado que se han mostrado más efectivos son aquellos que están dirigidos a poblaciones específicas de más riesgo. Deben centrarse los esfuerzos, por lo tanto, en los grupos de mayor riesgo de infección y en los programas de cribado fuera de los medios sanitarios (servicios de cribado anónimo y voluntario de base comunitaria [CAVBC]), que han mostrado su capacidad para llegar a estos grupos de mayor riesgo. En Europa se ha constatado la falta de una definición común para estas prácticas de cribado anónimo de base comunitaria, el desconocimiento por parte de las administraciones centrales y la falta de inclusión de esta estrategia en los planes nacionales. En Cataluña desde 1994 se monitoriza el número de pruebas realizadas en la red VIH-DEVO, una red de centros CAVCB. En base a esta experiencia en Cataluña, a través del proyecto europeo HIV-COBATEST, y posteriormente del EURO-HIV-EDAT, se ha establecido una red europea de centros CAVBC, la red COBATEST, que ha permitido la recogida de información estandarizada sobre la actividad de cribado del VIH de estos centros, para construir indicadores nucleares consensuados, que actualmente el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) está considerando para revisar la información sobre diagnóstico que se puede incluir en la Declaración de Dublín. En España hay poca tradición en salud comunitaria y en servicios integrados en la misma, y a pesar de que las ONG han contribuido en gran manera a extender y consolidar este tipo de servicios, aún queda margen para mejorar estos programas de cribado, incorporando actividades de acercamiento, las nuevas tecnologías diagnósticas y reforzando el enlace con los correspondientes servicios sanitarios.

## Generalidades

En Europa la tasa de nuevos diagnósticos de VIH sigue aumentando en algunas regiones del Este y en particular en los Hombres que tienen relaciones sexuales con otros Hombres (HSH)<sup>1,2</sup>, entre los cuales se han identificado incidencias cercanas e incluso mayores a 3 por cada 100 personas año<sup>3,4</sup>. Por otro lado hay suficiente evidencia que demuestre que el tratamiento precoz de esta infección de forma continuada aumenta la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes<sup>5</sup>; además una alta cobertura de tratamiento antirretroviral entre las personas infectadas podría tener un efecto poblacional disminuyendo la incidencia (“tratamiento para la prevención”)<sup>6,7</sup>. En este contexto el diagnóstico precoz de esta infección tiene más importancia que nunca, pues no solo facilita que la persona conocedora de su infección por VIH adopte las medidas de precaución correspondientes y su puesta en contacto con los servicios sanitarios y las unidades de tratamiento de VIH, sino que además puede tener un impacto poblacional relevante.

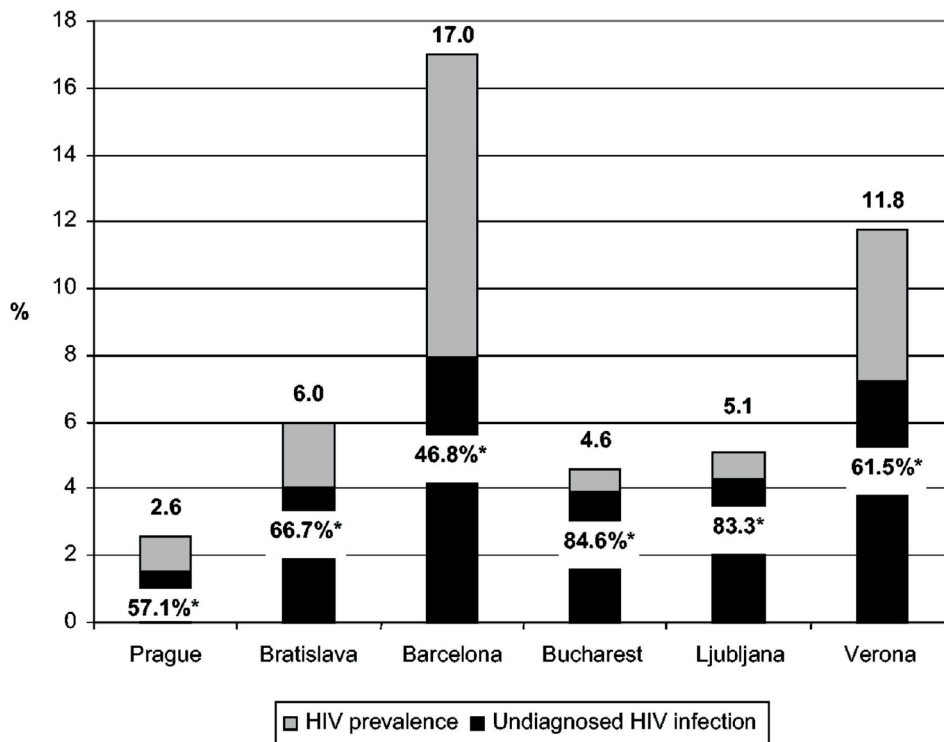
A pesar de ello en la mayoría de los países europeos el porcentaje de casos de VIH que se diagnostican tarde (cuando ya hace tiempo que tienen criterios de tratamiento) es muy alta; así casi la mitad de los nuevos diagnósticos tienen menos de 350 CD4 en el momento del diagnóstico, significando que en muchos casos la persona puede llevar años infectada por el VIH sin saberlo<sup>8</sup>. Por otro lado el estudio SIALON –una encuesta y recogida de muestra de saliva en HSH de distintas ciudades europeas reclutados en sitios de ambiente gay- demostró que en Barcelona el 47 % de los HSH con serología positiva para el VIH desconocía su infección (Gráfico 1)<sup>9</sup>. Por mucho que tratemos a los pacientes diagnosticados de VIH, si estos no se diagnostican pronto el potencial efecto poblacional será nulo porque siempre habrá un alto número de personas infectadas que no lo saben. Es

decir, en nuestro contexto queda aún mucho recorrido para mejorar el diagnóstico precoz del VIH.

Por todo ello es imprescindible mejorar el rendimiento de los programas y servicios de cribado del VIH sin olvidar otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que, como la sífilis y la gonorrea, también están experimentando importantísimos incrementos de su incidencia en los jóvenes y especialmente en los HSH. Conseguir que el máximo porcentaje posible de personas VIH positivas conozcan su estado serológico, debe ser pues uno de los principales objetivos de todo Programa de Prevención y Control del VIH/ITS<sup>10,11</sup>.

La pregunta clave no es de concepto sino operativa: ¿Cómo podemos aumentar el rendimiento de estos programas? Para responderla uno de los principales aspectos a tener en cuenta es la población diana de estos programas, ¿a quién tenemos que testar? Algunas administraciones, como la norteamericana, recomendaron testar a todas las personas que entraban en contacto con los servicios sanitarios, ya sea de atención primaria, urgencias o atención hospitalaria<sup>12</sup>; otras, como la británica, sugirieron hacerlo solo en aquellas áreas geográficas con una mayor prevalencia de VIH<sup>13</sup>. A parte de consideraciones técnicas sobre la pertinencia de las mismas, se ha demostrado que estas recomendaciones han tenido una muy baja cobertura y, por tanto, baja efectividad. Si aceptamos que la distribución de la infección en la población general no es homogénea, sino que hay grupos con una prevalencia más alta, parece lógico priorizar estos grupos, denominados de “mayor vulnerabilidad” –que evidentemente pueden variar de un ámbito geográfico a otro– pero que en general, por poder ser la infección por el VIH asintomática durante muchos años, no suelen acudir a los servicios sanitarios. Los criterios clásicos para justificar un cribado son: 1. que la patología cribada tenga tratamiento, 2. testar a la población con mayor vulnerabilidad; y 3. asegurar que los diagnosticados se ponen en con-

GRÁFICO 1. PREVALENCIA DEL VIH Y PROPORCIÓN DE INFECCIÓN NO-DIAGNOSTICADA EN HSH DE 6 CIUDADES EUROPEAS, SIALON 2008.



\*Proporción de HSH con un test de VIH positivo en muestras de fluido oral que desconocían su estado serológico en el momento del test.

Laia Ferrer et al. Eur J Public Health 2015;25:494-500

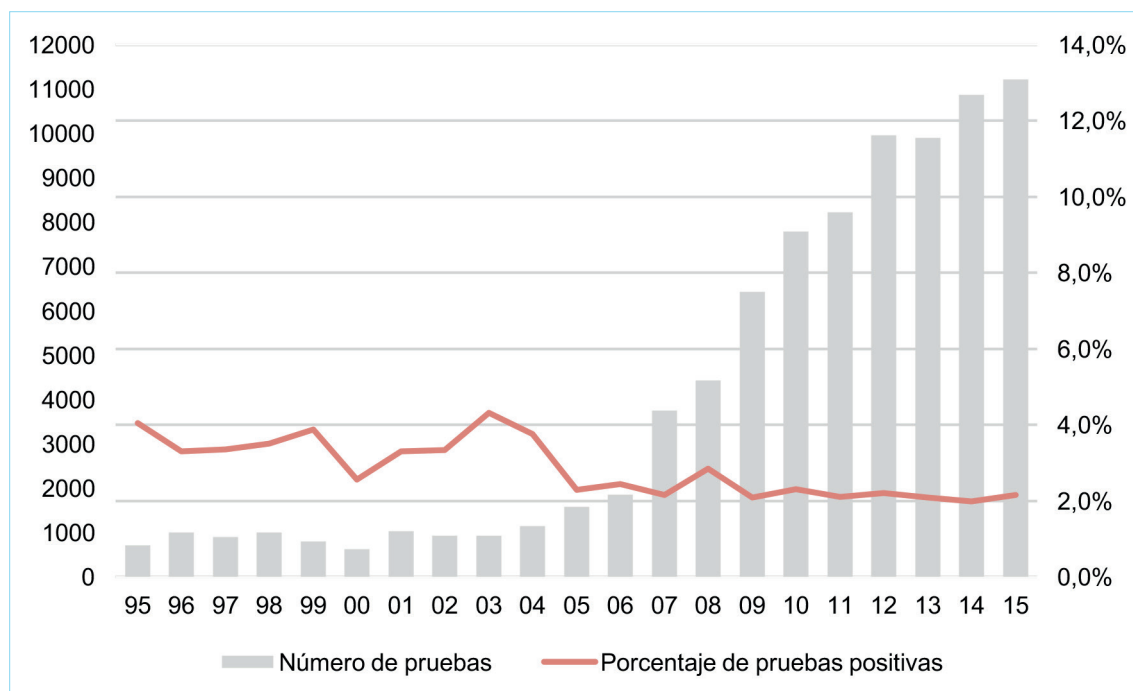
tacto con el sistema sanitario. Testar a una población de baja prevalencia, no solo es poco coste-efectivo, sino que además conlleva una disminución del Valor Predictivo Positivo de la prueba (aumento del número de pruebas reactivas falsas). Todo esto, es lo que precisamente justifica los programas de cribado fuera de los medios sanitarios, ya sea en programas de acercamiento (“outreach”) o en centros gestionados por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) –a los cuales se les suele llamar servicios de Cribado Anónimo y Voluntario de Base Comunitaria (CAVBC)– con capacidad para llegar a grupos de mayor riesgo en su entorno habitual<sup>14,15</sup>.

### Estudio de casos

1. Conocer el rendimiento de los programas de cribado es básico para diseñar y mejorar las estrategias existentes. Por ello desde 1994 en Cataluña se

monitoriza el número de pruebas de VIH que se realizan tanto en el medio sanitario como en los centros CAVBC y el número de pruebas reactivas y positivas que se encuentran. Para ello se usan distintas fuentes de información como son los datos de actividad de los laboratorios, la base de datos de atención primaria (SIDIAP) o en el caso de los CAVBC un instrumento de recogida de información estandarizado que usan las ONG que ofrecen pruebas de VIH financiadas por el Departament de Salut y que constituye el **Proyecto HIV-DEVO** ([www.ceeiscat.cat](http://www.ceeiscat.cat)). El proyecto HIV-DEVO actualmente recoge información de 12 CAVBC y ha permitido constatar por ejemplo el importante aumento en el número de pruebas realizadas después de la introducción en 2006 de las pruebas de lectura rápida basadas en sangre (Gráfico 2)<sup>16</sup>. Como se ve en gráfico, el número de pruebas ha pasado de 625 en el año 2000 a 11.222 en el 2015. En cual-

GRÁFICO 2. NÚMERO DE PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIH REALIZADAS Y PORCENTAJE DE POSITIVAS. CENTROS ALTERNATIVOS DE OFERTA DE LA PRUEBA DEL VIH, 1995-2012.



quier caso, llama la atención que la prevalencia se ha mantenido constante alrededor del 2%, demostrando que en los programas de cribado los números de pruebas son importantes, pero la “puntería” –o la adecuación de la población diana- lo es más. Si comparamos la prevalencia encontrada en el Proyecto HIV-DEVO en el 2014 con la de los centros sanitarios, 0.73%, la de las farmacias, 1%, o la del programa de acercamiento de las saunas que gestiona la Agencia de Salud Pública de Barcelona, 6%, vemos que hay un gradiente de rendimiento y que aquellos programas dirigidos a poblaciones específicas de mayor riesgo son los que encuentran más positivos y por tanto son más efectivos. En este sentido un estudio (artículo en prensa) que hemos hecho con 5 centros de CAVBC europeos ha demostrado que el coste de cada positivo diagnosticado, con importantes variaciones, era siempre inferior a 10.000 euros, una cifra habitual de referencia<sup>17-22</sup>.

2. En base a la experiencia de Cataluña y con el propósito de promover el diagnóstico precoz del VIH

en Europa mediante la implementación, monitorización y evaluación de prácticas y servicios de CAVBC, la Comisión Europea financió el proyecto Europeo “HIV Community Based Testing Practices in Europe (HIV-COBATEST) ([www.eurodat.org](http://www.eurodat.org))<sup>23</sup>. Lo primero que hicimos en el proyecto fue consensuar una definición operativa de CAVBC lo suficientemente amplia para incluir a la diversidad de centros de los distintos países y que incorporara tanto el concepto epidemiológico, como el comunitario:

*“Cualquier programa o servicio que ofrece consejo asistido y la prueba del VIH en base voluntaria fuera del sistema sanitario formal y que ha sido diseñado para grupos específicos de mayor riesgo y está claramente adaptado y es accesible para estos grupos. Además, estos servicios deben asegurar la participación activa de la comunidad y sus representantes tanto en la planificación, como en la ejecución de las estrategias de cribado del VIH”*

El proyecto tenía los siguientes objetivos específicos:

1. Describir las prácticas que se realizan en Europa en CAVBC
2. Identificar buenas prácticas en CAVBC
3. Identificar y consensuar un grupo de indicadores para la monitorización y evaluación de los centros de CAVBC
4. Establecer una red de centros de CAVBC en la que probar estos indicadores y poder utilizar para otros proyectos de investigación operativa.

Para el primero de ellos se realizó una encuesta transversal que se pasó tanto a los puntos focales nacionales, como a determinados centros de CAVBC de distintos países y que nos permitió constatar la gran variabilidad que había tanto de concepto, como de titularidad, como de prácticas y procedimientos. La Tabla 1 muestra algunas de las características más relevantes de los servicios y el Gráfico 3 en particular el grado de medicalización de los mismos. En conjunto se constató la falta de una definición común, el desconocimiento de las experiencias en marcha en los países por parte de las administraciones centra-

les, la poca penetración de las pruebas de lectura rápida en los países de Europa y la falta de inclusión de esta estrategia en la mayoría de Planes Nacionales de Sida<sup>24</sup>.

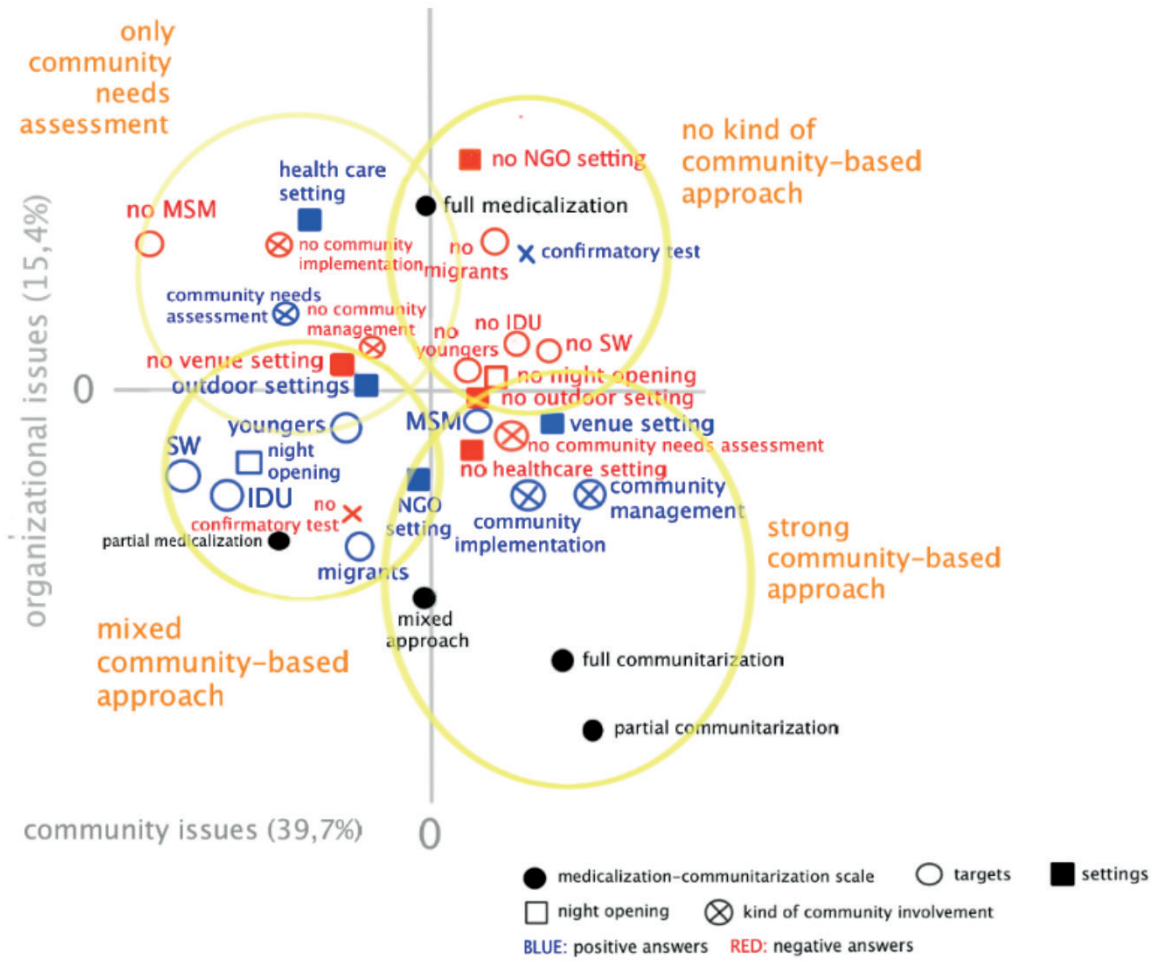
Para el objetivo 3 se hizo un proceso de consenso con grupos de trabajo multidisciplinar acordándose una lista de indicadores nucleares (Tabla 2), que serían sistemáticamente recogidos por todos los centros de CAVBC participantes en la red. Para facilitar esa tarea se diseñó un instrumento de recogida de información estandarizada que podía ser utilizado tanto en papel como en base a una web a la que cada centro tiene acceso y en la que puede gestionar su propia información.

3. El Proyecto y la consecuente red COBATEST fue muy bien evaluada tanto por la Comisión Europea, como por todos los países y centros participantes y de hecho ha tenido un importante impacto en la consolidación del concepto de CAVBC en Europa, así como en la introducción de las pruebas de diagnóstico rápido en algunos países, especialmente del Este

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS MÁS RELEVANTES DE LOS SERVICIOS CBVCT EN EUROPA, ENCUESTA TRANSVERSAL PARA LOS PUNTOS FOCALES NACIONALES, Y PARA DETERMINADOS CENTROS DE CAVBC DE DISTINTOS PAÍSES EUROPEOS, PROYECTO HIV-COBATEST

<b>Características más relevantes de los servicios CBVCT en Europa</b>
No existencia de una definición estándar
El 80% de los NFPs reportan presencia de CBVCTs
En el 50% la prueba es gratuita
El 56% tienen regulaciones sobre los CBVCTs
El 64% tiene alguna recomendación sobre el test rápido
El 44 % usan el test rápido
En el 8% i el 5% respectivamente el consejo pre y post-test está medicalizado
En el 45% se realiza el test convencional, en el 73% el test rápido en sangre y en el 4% el test rápido en fluido oral
En el 80% se realiza la derivación a un centro sanitario
El 71% tiene procedimientos para la vinculación al sistema sanitario

GRAFICO 3. DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DE PUNTOS DE CATEGORÍAS DE LAS MÚLTIPLES VARIABLES DEL ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA (MODELO CON CINCO CATEGORÍAS, HSH, UDI, TS, MIGRANTES Y JÓVENES), ENCUESTA TRANSVERSAL PARA LOS PUNTOS FOCALES NACIONALES Y PARA DETERMINADOS CENTROS DE CAVBC DE DISTINTOS PAÍSES EUROPEOS, PROYECTO HIV-COBATEST.



del continente. Además la existencia de la Red COBATEST supone una oportunidad para implementar proyectos de investigación operativa orientados a mejorar el rendimiento de estos servicios y programas. En este sentido la Comisión Europea aceptó la financiación de un nuevo proyecto, el “European Project on HIV Early Diagnostic and Treatment (EURO-HIV-EDAT) ([www.euroedat.org](http://www.euroedat.org)) (2014-2017), cuyo propósito es el de generar conocimiento operativo para comprender mejor el papel y el impacto del cribado en base comunitaria en Europa, así como estudiar el uso de estrategias innovadoras basadas en las

nuevas tecnologías, para aumentar el diagnóstico precoz del VIH/ITS y el tratamiento entre los grupos más vulnerables. Y sus objetivos específicos son:

1. Recopilación y análisis de datos estandarizados de la red COBATEST<sup>25</sup>
2. Análisis longitudinal de los usuarios HSH de 6 centros de CAVBC, para describir el patrón de testado y las conductas de búsqueda de la prueba<sup>26</sup>
3. Recolección de datos sobre la vinculación con los servicios de salud para el VIH/ITS en HSH (enlace asistencial)

TABLA 2. INDICADORES BÁSICOS PARA EL MONITOREO DEL DIAGNÓSTICO DEL VIH EN LOS SERVICIOS CBVCT, PROYECTO HIV-COBATEST.

Indicadores básicos para el monitoreo del diagnóstico del VIH en los servicios CBVCT	
CBVCT 1:	Número de usuarios a los que se realizó una prueba de cribado del VIH
CBVCT 2:	Proporción de usuarios que reportan haberse realizado una prueba de VIH anteriormente
CBVCT 3:	Proporción de usuarios que reportan haberse realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses
CBVCT 4:	Proporción de usuarios que reportan haberse realizado una prueba de VIH en el mismo centro CBVCT en los últimos 12 meses
CBVCT 5:	Proporción de usuarios con resultado reactivo de la prueba de cribado de VIH
CBVCT 6:	Proporción de usuarios a los que se realizó una prueba de cribado de VIH y que recibieron el resultado
CBVCT 7:	Proporción de usuarios con resultado reactivo de la prueba de cribado de VIH y que recibieron consejo asistido post-prueba
CBVCT 8:	Proporción de usuarios con resultado reactivo de la prueba de cribado de VIH y a quienes se les hizo una prueba de VIH confirmatoria
CBVCT 9:	Proporción de usuarios con resultado positivo de la prueba confirmatoria del VIH
CBVCT 10:	Proporción de usuarios con resultado positivo de la prueba confirmatoria del VIH y que recibieron el resultado de la prueba confirmatoria en el centro CBVCT
CBVCT 11:	Proporción de usuarios con resultado positivo de la prueba confirmatoria del VIH y que recibieron consejo asistido post-resultado en el centro CBVCT
CBVCT 12:	Proporción de usuarios que recibieron un a discusión pre-prueba o consejo asistido pre-prueba o consejo asistido pre-resultado y a los que se les realizó una prueba de cribado de VIH
CBVCT 13:	Proporción de usuarios con resultado no reactivo de la prueba de cribado de VIH y que recibieron consejo asistido post-prueba
CBVCT 14:	Proporción de usuarios con una prueba confirmatoria negativa y que recibieron el resultado de la prueba confirmatoria en el centro
CBVCT 15:	Coste por usuario al que se le ha realizado la prueba de VIH
CBVCT 16:	Coste por diagnóstico de VIH
CBVCT 17:	Proporción de usuarios con prueba positiva de VIH en centros CBVCT y que son derivados a servicios de atención médica
CBVCT 18:	Proporción de usuarios con resultado positivo de prueba de VIH realizada en un centro CBVCT y con diagnóstico tardío

4. Desarrollo de un kit de herramientas para la aplicación y evaluación de programas de CA-VBC para HSH
5. Evaluación rápida sobre el acceso a las pruebas del VIH y a la atención sanitaria por parte de las poblaciones migrantes en Europa
6. Una encuesta de Conocimiento/Actitud/Conducta sobre la prueba auto-diagnóstica (self-testing)
7. Pilotaje de un programa multicéntrico de oferta de la prueba del VIH en programas de acercamiento (outreach) y la entrega del resultado mediante una web segura.

En el primer trimestre de 2016 participaban en la red COBATEST 33 centros de CAVBC de 12 países (Dinamarca, Chequia, Polonia, Francia, Eslovenia, Croacia, Portugal, Letonia, Ucrania, Austria, Italia y España), se había recogido información de 47.237 usuarios con un rango por centro de 9 a 20.815 y una prevalencia del VIH global del 1.3% con un rango en-

tre el 0% (todos ellos centros españoles) y 10.2 % (en un centro de Ucrania). De ellos, 28 centros de 7 países utilizan el aplicativo en base web para recoger la información y por tanto disponemos de información más precisa<sup>25</sup>. La Tabla 3 muestra algunas de las características de las pruebas realizadas. Destacando que el 45.4% de ellas se realizaron en HSH, el 31.2 %

TABLA 3 . CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS, CONDUCTAS DE RIESGO E HISTORIA PREVIA DEL TEST DE VIH PARA LAS PERSONAS QUE FUERON TESTADAS DURANTE EL 2014 EN LOS CENTROS CBVCT PARTICIPANTES EN LA RED COBATEST\*

	N	%
<b>Género</b>		
Hombre	6.057	70.8%
Mujer	2.370	27.7%
Transgénero	125	1.5%
<b>Grupos de edad</b>		
<20	728	8.7%
>=21-35	4.795	57.6%
>=36-50	2.238	26.9%
>50	566	6.8%
<b>Migrantes</b>		
sí	2.811	32.9%
<b>Grupos de riesgo</b>		
UDI	134	1.6%
Trabajadores sexuales	346	4.1%
HSH	3.267	38.8%
Trabajadoras sexuales	365	4.3%
Mujeres heterosexuales	1.983	23.5%
Hombres heterosexuales	2.334	27.7%
<b>Tipo de test usado</b>		
Test rápido en sangre	6.717	78.5%
Test rápido en fluido oral	1.679	19.6%
Test convencional	156	1.8%
<b>Lugares de realización del test</b>		
oficina	7.556	88.3%
calle/furgoneta	23	0,3%
lugar de trabajo sexual	56	0.7%
sauna/lugar de encuentros sexuales	176	2.1%
lugar público	48	0.6%
lugar de entretenimiento (bar, disco..)	192	2.2%
Otros	503	5.9%
<b>Test previo de VIH</b>		
Sí	5.500	64.3%

**UDI:** usuarios de drogas inyectadas; **HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres;

\* únicamente datos de los centros CBVCT que usan la herramienta común de entrada de datos



en migrantes, que el 88.8% se había realizado en la propia oficina de los centros de CAVBC y que el 34.5% de los usuarios no se habían realizado la prueba anteriormente. La Tabla 4 muestra los indicadores nucleares consensuados en el proyecto COBATEST que se han podido construir a partir de la red y que actualmente están siendo usados por el ECDC para revisar la información sobre diagnóstico que se puede incluir en la Declaración de Dublín.

En España hay 20 centros de CAVBC que usan el aplicativo en base web (Grafico 4); la Tabla 5 muestra las principales características de la pruebas realizadas por los centros españoles participando en la red con el aplicativo informático común. Las 6.062 pruebas realizadas en 2015, corresponden a 5.486 usuarios. De todas las pruebas, 102 (1.86%) resultaron reactivas, de las cuales se dispone de información sobre la prueba de confirmación del 87.3%.

**TABLA 4. PORCENTAJE DE TEST DE CRIBADO DE VIH REACTIVOS ESTRATIFICADO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y POBLACIÓN CLAVE ENTRE LAS PERSONAS TESTADAS DURANTE EL 2014 EN LOS CENTROS CBVCT PARTICIPANTES EN LA RED COBATEST\***

Todos	Todos	Hombres	Mujeres	<25	>=25
Numerador: N de clientes con un test de cribado reactivo Denominador: N de clientes testados para el VIH con un test de cribado <b>% de clientes con un test de cribado reactivo HSH</b>	135 8554 1.58%	73 6182 1.93%	12 2370 1.09%	18 2038 1.51%	71 6289 2.0%
Numerador: N de clientes con un test de cribado reactivo Denominador: N de clientes testados para el VIH con un test de cribado <b>% de clientes con un test de cribado reactivo TS</b>	111 3546 3.13%	111 3546 3.13%	- - -	27 735 3.67%	82 2732 3.00%
Numerador: N de clientes con un test de cribado reactivo Denominador: N de clientes testados para el VIH con un test de cribado <b>% de clientes con un test de cribado reactivo UDI</b>	29 721 4.02%	27 351 7.69%	2 369 0.54%	9 141 6.38%	20 570 3.51%
Numerador: N de clientes con un test de cribado reactivo Denominador: N de clientes testados para el VIH con un test de cribado <b>% de clientes con un test de cribado reactivo Migrantes</b>	0 134 0.00%	0 113 0.00%	0 21 0.00%	0 17 0.00%	0 114 0.00%
Numerador: N de clientes con un test de cribado reactivo Denominador: N de clientes testados para el VIH con un test de cribado <b>% de clientes con un test de cribado reactivo</b>	63 2811 2.24%	48 1812 2.65%	15 999 1.50%	16 646 2.47%	46 2165 2.12%

**UDI:** usuarios de drogas inyectadas; **HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres; **TS:** Trabajadores sexuales; Nota: Los individuos pueden pertenecer a más de un grupo de población clave, de forma que las categorías no son mutuamente excluyentes.

\* Únicamente datos de los centros CBVCT que usan la herramienta común de entrada de datos

GRÁFICO 4 . CENTROS ESPAÑOLES CAVBC DE LA RED COBATEST QUE USAN EL APLICATIVO EN BASE WEB



CBVCT	Ciudad	CCAA
SAPS-Creu Roja + CAS Lluís Companys	Barcelona	Cataluña
STOP-SIDA	Barcelona	Cataluña
Àmbit Prevenció	Barcelona	Cataluña
ACASC	Barcelona	Cataluña
Gais Positius	Barcelona	Cataluña
CJAS	Barcelona	Cataluña
Actuavallès	Sabadell y Terrassa	Cataluña
ACAS Girona	Girona	Cataluña
Creu Roja Tarragona	Tarragona	Cataluña
AssexoraTgn	Tarragona	Cataluña
Associació Anti-SIDA de Lleida	Lleida	Cataluña
ACCAS, Asociación Ciudadana Cántabra Anti Sida	Santander	Cantabria
Lambda, col·lectiu de lesbians, gais, transsexuals i bisexuals de Valencia	Valencia	Valencia
Asociación Valenciana de VIH, SIDA y Hepatitis "AVACOS-H"	Valencia	Valencia
OMSIDA	Zaragoza	Aragón
ADHARA	Sevilla	Andalucía
Comité Ciudadano Antisida del Campo de Gibraltar "CASCG"	Algeciras	Andalucía
Asociación GADES, Cádiz (Mujer Gades)	Cádiz	Andalucía
IEMAKAIE	Córdoba	Andalucía
Algarabía	Tenerife	Islas Canarias

Destaca que el 36% se realizaron en migrantes, el 33 % en HSH, el 100 % en los propios locales de las ONG y el 39 % se habían hecho la prueba por primera

vez. La Tabla 6 muestra alguno de los indicadores básicos, en este caso sobre la prevalencia de la infección en los distintos grupos poblacionales. Estos resultados

TABLA 5. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS, CONDUCTAS DE RIESGO E HISTORIA PREVIA DEL TEST DE VIH PARA LAS PERSONAS QUE FUERON TESTADAS DURANTE EL 2015 EN LOS CENTROS CAVBC ESPAÑOLES PARTICIPANTES EN LA RED COBATEST \*

<b>Cientes con una prueba de VIH</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Grupos de edad (N=5365 )</b>		
<20	510	9,5%
>=21-35	3158	58,9%
>=36-50	1417	26,4%
>50	280	5,2%
<b>Sexo (N=5485)</b>		
Male	3528	64,3%
Female	1823	33,2%
Transgender	134	2,4%
<b>Migrantes (N= 5335)</b>		
yes	1922	36,0%
<b>Grupos de riesgo (N= 5445)</b>		
UDI	37	0,7%
Male sex worker	286	5,3%
MSM	1801	33,1%
Women sex worker	456	8,4%
Heterosexual women	1357	24,9%
Heterosexual men	1508	27,7%
<b>Tipo de test usado (N=5483)</b>		
Rapid blood test	4111	75,0%
Rapid oral test	1262	23,0%
Conventional test	110	2,0%
<b>Lugares de realización del test (N=5375)</b>		
CBVCT office	5375	100,0%
Outdoors/Van	2	0,0%
Sex work venue	74	1,4%
Sauna/sex venue	0	0,0%
Public venue	0	0,0%
Amusement venue	0	0,0%
Needle exchange venue	0	0,0%
Other	35	0,7%
<b>Test de VIH anterior (N=5451)</b>		
yes	3376	61,9%
no	2075	38,1%

\*Únicamente datos de los centros CBVCT que usan la herramienta común de entrada de datos

confirman la poca tradición de programas de acercamiento en nuestro medio y la necesidad de potenciarlos. Así mismo confirman que el grupo de los HSH es el que tiene una prevalencia de VIH más alta y sobre el cual deberían concentrarse los esfuerzos de cribado<sup>27</sup>.

En nuestro contexto el grupo de migrantes no debe de considerarse un grupo de alta vulnerabilidad propiamente dicho; a diferencia de otros países del norte de Europa la inmigración en España proviene de países con baja prevalencia y por tanto la mayoría

TABLA 6. PORCENTAJE DE CLIENTES CON UN TEST DE CRIBADO REACTIVO PARA LAS PERSONAS QUE FUERON TESTADAS DURANTE EL 2015 EN LOS CENTROS CAVBC ESPAÑOLES PARTICIPANTES EN LA RED COBATEST\*

Total	All	Males	Females	<25	>=25
% of clients with reactive screening HIV test result	1,8%	2,5%	0,4%	0,9%	2,1%

**Poblaciones clave**

Migrants	All	Males	Females	<25	>=25
% of clients with reactive screening HIV test result	2,7%	4,2%	0,6%	1,7%	2,9%

MSM	All	Males	Females	<25	>=25
% of clients with reactive screening HIV test result	3,8%	3,8%	-	2,2%	4,3%

SW	All	Males	Females	<25	>=25
% of clients with reactive screening HIV test result	3,5%	8,7%	0,2%	1,6%	3,8%

IDU	All	Males	Females	<25	>=25
% of clients with reactive screening HIV test result	2,7%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%

\*Únicamente datos de los centros CBVCT que usan la herramienta común de entrada de datos

de infecciones en este colectivo son infecciones adquiridas mediante las conductas de riesgo más prevalentes en España<sup>28</sup>. Eso no quiere decir en cualquier caso que la inmigración no sea un factor de vulnerabilidad social añadida que debe de tenerse en cuenta, especialmente entre los HSH provenientes de América Latina, de los cuales sabemos que –al menos en Barcelona- tienen una incidencia de VIH doble a la de los locales<sup>29</sup>. Finalmente es interesante ver que el 98% de las pruebas se han realizado con tecnología rápida (75% y 25% respectivamente en muestras de sangre y fluido oral).

**Retos y oportunidades**

Aparte de una financiación proporcional a la magnitud de la epidemia, en España uno de los primeros retos para mejorar el diagnóstico precoz del VIH (y del resto de ITS) es disponer de información precisa y exhaustiva sobre las determinaciones de VIH y la población de usuarios de estos servicios. Ni la baja cultura informática, ni la poca cultura de compartir información entre sectores que hay en nuestro país

ayudan. UNAIDS especifica en sus guías la importancia de generar información programática de forma sistemática, pero también la necesidad de que las ONG y los servicios sanitarios la compartan con las administraciones de salud pública y que estas a su vez tengan en cuenta a todos los actores en el diseño y manejo de los correspondientes sistemas de información. Actualmente el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está desarrollando un aplicativo (RedCo-VIH) para ser usado por todos los centros CAVBC que financia, realizado en base a la información que recoge la Red COBATEST. Además se va a establecer un convenio de colaboración con el centro coordinador de esta red, de forma que va a permitir la consolidación de la participación de los centros españoles en la red europea COBATEST y en España contar con información sobre el cribado comunitario.

Como se ha dicho anteriormente otro reto es la poca tradición en salud comunitaria y en servicios integrados en la misma. Durante los últimos años las ONG han contribuido enormemente a extender y con-

solidar este tipo de servicios, pero el número de pruebas que se hacen y sobre todo el número de reactivos que se encuentran demuestra que son insuficientes. Las ONG deberían hacer un esfuerzo para aumentar el número y la “puntería” de sus programas de cribado, incorporando actividades de acercamiento; y las administraciones públicas no deberían financiar servicios que realizan muy pocas pruebas y que además no consiguen detectar ninguna infección.

Una de las oportunidades importantes en el diagnóstico precoz del VIH y otras ITS es sin duda la tecnología. Así por ejemplo las nuevas tecnologías diagnósticas han permitido desarrollar el concepto de Punto de Atención (Point of Care), definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la implementación de pruebas diagnósticas que permiten poner en contacto al paciente con el sistema sanitario desde el mismo momento del diagnóstico. Estas pruebas tienen que ser rápidas, fáciles de usar, no invasivas, fiables, registradas, robustas y durables. Las pruebas rápidas de diagnóstico de anticuerpos de VIH y de sífilis que se usan en España son un buen ejemplo. Sin embargo se acercan nuevas aproximaciones, como las técnicas moleculares que permiten diagnosticar las infecciones sin necesidad de otras pruebas de confirmación, que van a revolucionar los modelos de atención actualmente existentes. Por otra parte, las redes sociales no solo juegan ya un papel importante en la exposición a los agentes infecciosos, como forma de buscar contactos sexuales, sino que podrán también jugar un papel importante en el diagnóstico precoz de las infecciones. Si además añadimos las tecnologías que dependen exclusivamente del usuario, como las pruebas auto-diagnósticas que pueden hacerse en casa con una muestra de fluido oral, o las asociadas a dispositivos móviles con una muestra de sangre, de alguna forma el peso de las instituciones sanitarias, no solo se está desplazando hacia las ONG, sino que se está desplazando hacia los propios usuarios sin necesi-

dad de actores intermedios. Ello tiene importantes ventajas, pero también supone importantes retos, desde cómo dar la información complementaria hasta los propios controles de calidad de las pruebas y sus procedimientos. La única forma de dar respuesta a los mismos es mediante modelos de atención continuada en la que los usuarios, los servicios comunitarios y los servicios asistenciales incluyendo la atención primaria y las clínicas de ITS, estén en continua comunicación.

El reto es técnico y económico, pero también cultural. Será imposible conseguirlo sin la correspondiente complicidad entre sectores, sin políticas globales proporcionales y basadas en la evidencia y sin sistemas de información para monitorizarlas y evaluarlas.

Finalmente, es importante recordar que el diagnóstico precoz no es una medida de prevención primaria, sino secundaria. A pesar de ser un pilar básico en los programas de prevención y control, el principal propósito de estos debe ser evitar el máximo número posible de adquisiciones de la infección y para ello la única forma es la prevención combinada que tiene en cuenta tanto las intervenciones preventivas conductuales, como las biomédicas y las estructurales. Creemos que la desproporcionada atención (e inversión) que en nuestro país tienen las intervenciones biomédicas (tratamiento para la prevención y últimamente la PreP) si no van acompañadas de las correspondientes estrategias de prevención de los determinantes de conductas de riesgo, como la salud mental, la homofobia o el uso de drogas recreativas, tendrá un impacto reducido. Las estrategias de diagnóstico precoz deben de adaptarse a las poblaciones de mayor vulnerabilidad y por tanto salir de los centros asistenciales, pero también salir de los propios locales de las ONG con programas de acercamiento y contextualizados en el conjunto de Planes Estratégicos de Salud Pública Multinivel, no sólo para el VIH sino también de forma integrada para el resto de ITS.

## Conclusiones

Para poder diseñar y mejorar las estrategias para la mejora del diagnóstico precoz del VIH y otras ITS es imprescindible conocer el rendimiento de los diferentes programas de cribado.

En España uno de los retos es disponer de información precisa y exhaustiva sobre la pruebas de VIH que se realizan y del tipo de población usuaria de estos servicios, y que dicha información sea compartida entre todos los actores, las ONG, los servicios sanitarios y las administraciones de salud pública.

Para mejorar el rendimiento de los programas y servicios de cribado del VIH y otras ITS hay que centrarse en las poblaciones más vulnerables a la infección y en los programas de cribado de base comunitaria.

En España las ONG han contribuido a extender y consolidar los programas de cribado de base comunitaria, pero aún deben mejorar, incrementando el número de pruebas y dirigiéndolas a las poblaciones de mayor vulnerabilidad, incorporando programas de acercamiento.

A pesar de ser una parte muy importante de los programas de prevención, el diagnóstico precoz es una medida de prevención secundaria, no primaria. Es muy importante dedicar esfuerzos a evitar las nuevas infecciones del VIH, promoviendo estrategias de prevención combinada, teniendo en cuenta tanto las intervenciones preventivas conductuales como las biomédicas y las estructurales.

Para conseguir estos retos se requiere una complicidad entre todos los sectores, acompañada de políticas globales proporcionales y basadas en la evidencia y sistemas de información para monitorizar y evaluar estas políticas.

## Bibliografía

1. ECDC, WHO. HIV/AIDS surveillance in Europe, 2014. Surveillance report. Stockholm: European center for disease prevention and control, 2015. Disponible en:

[http://ecdc.europa.eu/en/publications/\\_layouts/forms/Publication\\_DispForm.aspx?List=-4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1408](http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=-4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1408) (Consulta mayo 2016)

2. ECDC. Thematic report: men who have sex with men (MSM). Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 progress. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2013. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-monitoring-report-men-who-have-sex-with-men-october-2013.pdf> (Consulta abril 2016)
3. Birrell PJ, Gill ON, Delpech VC, Brown AE, Desai S, Chadborn TR, et al. HIV incidence in men who have sex with men in England and Wales 2001-10: a nationwide population study. *Lancet Infect Dis*. 2013; 13(4): 313-8.
4. Ferrer L, Loureiro E, Meulbroek M, Folch C, Perez F, Esteve A, et al. High HIV incidence among men who have sex with men attending a community-based voluntary counselling and testing service in Barcelona, Spain: results from the ITACA cohort. *Sex Transm Infect*. 2016 ;92(1):70-5.
5. Coenen T, Lundgren J, Lazarus JV, Matic S. Optimal HIV testing and earlier care: the way forward in Europe. *HIV Med*. 2008, 9(Suppl. 2):1-5.
6. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK374294/> (Consulta abril 2016)
7. Rangarajan S, Colby DJ, Truong G Le, Huu HN, Thu VTT, Quoc BL, et al. Factors associated with HIV RNA viral loads in ART-naïve patients: implications for treatment as prevention in concentrated epidemics. *J Virus Erad*. 2016 ;2(1):36-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4946694/> (Consulta marzo 2016)
8. Pharris A, Spiteri G, Noori T, Amato-Gauci AJ. Ten years after Dublin: principal trends in HIV surveillance in the EU/EEA, 2004 to 2013. *Euro Surveill*. 2014 ;19(47):20968. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V19N47/art20968.pdf> (Consulta mayo 2016)
9. Ferrer L, Furegato M, Foschia J-P, Folch C, González V, Ramarli D, et al. Undiagnosed HIV infection in a population of MSM from six European cities: results from the Sialon project. *Eur J Public Health*. 2015 ;25(3):494-500.
10. ECDC. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Evidence synthesis for Guid-

- ance on HIV testing. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2010. Disponible en: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129\\_GUI\\_HIV\\_testing.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf) (Consulta mayo 2016)
11. WHO. Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1) (Consulta mayo 2016)
  12. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep.* 2006; 55:1–17.
  13. BHIVA UK National Guidelines for HIV Testing 2008. British HIV Association, 2008. Disponible en: <http://www.bhiva.org/documents/guidelines/testing/glineshivtest08.pdf> (Consulta mayo 2016)
  14. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. *PLoS Medicine.* 2013; 10(8): e1001496. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001496.PDF> (Consulta abril 2016)
  15. Thornton AC, Delpech V, Kall MM, Nardone A. HIV testing in community settings in resource-rich countries: a systematic review of the evidence. *HIV Medicine.* 2012; 13(7): 416–26.
  16. Fernández-Lopez L, Rifà B, Pujol F, Becerra J, Pérez M, Meroño M, et al. Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counselling and Testing sites network of Catalonia, Spain. *Int J STD AIDS.* 2010;21(6):388–91.
  17. Shrestha RK, Clark HA, Sansom SL, Song B, Buckendahl H, Calhoun CB, et al. Cost-effectiveness of finding new HIV diagnoses using rapid HIV testing in community-based organizations. *Public Health Reports.* 2008; 123(Suppl. 3): 94-100.
  18. Shrestha RK, Sansom SL, Schulden JD, Song B, Smith LC, Ramirez R, et al. Costs and effectiveness of finding new HIV diagnoses by using rapid testing in transgender communities. *AIDS Educ Prev.* 2011; 23(Suppl.3): 49-57.
  19. Golden MR, Gift TL, Brewer DD, Fleming M, Hogben M, St Lawrence JS, et al. Peer referral for HIV case-finding among men who have sex with men. *AIDS.* 2006; 20(15); 1961-8.
  20. Hsieh YH, Holtgrave DR, Peterson S, Gaydos CA, Rothman RE. Novel emergency department registration kiosks for HIV screening is cost-effective. *AIDS Care.* 2016;28(4):483-6.
  21. Castel AD, Choi S, Dor A, Skillicorn J, Peterson J, Rocha N, et al. Comparing Cost-Effectiveness of HIV Testing Strategies: targeted and routine testing in Washington. *PLoS One.* 2015;10(10):e0139605.
  22. Johnson, C, Dalal, S, Baggaley, R, Hogan, D, Parrott, G, Mathews, R, et al. Systematic review of HIV testing costs in high and low income settings - ANNEX 5 Consolidated Guidelines on HIV Testing Services 2015. Geneva: World Health Organization. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180219/1/WHO\\_HIV\\_2015.24\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180219/1/WHO_HIV_2015.24_eng.pdf) (Consulta mayo 2015)
  23. Reyes-Urueña J, Breveglieri M, Furegato M, Fernández-López L, Agusti C, Casabona J. . Heterogeneity of community-based voluntary, counselling and testing services for HIV in Europe: the HIV-COBATEST survey. *Int J STD AIDS.* 2015. DOI:10.1177/0956462415623402
  24. Fernández-López L, Reyes-Urueña J, Agustí C, Kustec T, Klavs I, Casabona C. The COBATEST network: a platform to perform monitoring and evaluation of HIV community-based testing practices in Europe and conduct operational research. *AIDS Care .* 2016; 28 (Suppl. 1):32-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828621/> (Consulta junio 2016)
  25. Cobatest Study Group. HIV-COBATEST project. Final technical report. 2013. [http://www.cobatest.org/mant/php/generic-download-md5-public.php?f=cc7bd58aec70d4d92173b6aeccdbdd9e.pdf@@@20091211\\_D10\\_00\\_IAR\\_EN\\_PS.pdf.pdf](http://www.cobatest.org/mant/php/generic-download-md5-public.php?f=cc7bd58aec70d4d92173b6aeccdbdd9e.pdf@@@20091211_D10_00_IAR_EN_PS.pdf.pdf)
  26. Lorente N, Preau M, Vernay-Vaisse C, Mora M, Blanche J, Otis J, et al. Expanding access to non-medicalized community-based rapid testing to men who have sex with men: an urgent HIV prevention intervention (The ANRS- DRAG Study). *PLoS ONE* 2013;8:e61225.
  27. Lorente N, Fernández-López L, Fuertes R, Rojas Castro D, Pichon F, Cigan B, et al. COBA-Cohort: a prospective cohort of HIV-negative men who have sex with men, attending community-based HIV testing services in five European countries (a study protocol). *BMJ Open.* 2016;6(7):e011314. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-011314> (Consulta julio 2016)
  28. Fernández Dávila P. Comportamiento sexual en hombres latinoamericanos que tienen sexo con hombres en España: una triangulación de métodos para entender su vulnerabilidad y el riesgo de infección por el VIH. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat Ramon Llull. 2014. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/284447> (Consulta mayo 2016)

29. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidem-

ics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. BMC Public Health. 2015;15:561.