

ORIGINALRecibido: 6 de junio de 2017
Aceptado: 2 de noviembre de 2017
Publicado: 18 de diciembre de 2017

RED COBATEST: CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS COMUNITARIOS DE DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN PARA EL VIH EN ESPAÑA

Josep Ribas Baltrons (1,2), Laura Fernández-López (1,3), Jordi Casabona i Barbarà (1,3) y grupo red COBATEST España.

(1) Centro de Estudios Epidemiológicos del VIH y otras ITS de Cataluña (CEEISCAT)/Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT), Badalona.

(2) Universitat de Barcelona, Barcelona.

(3) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain.

Grupo red COBATEST España: Jordi Baroja (CJAS Barcelona); Patricia Colomera, Jessica Camí, Lorena Andreo y Elena Adán (SAPS-Creu Roja); Adriana Morales y Luis Villegas (STOP-SIDA); Anna Rafel (Associació Anti-SIDA de Lleida); Jaime Quezadas (ACASC); Alberto Capitán, Julia Collignon y Elena Griñán (Actuavallès); Mercè Meroño (Àmbit Prevenció); Anna Lara (ACAS Girona); Joaquim Roqueta y William Mejías (Gais Positius); Araceli Otón (Creu Roja Tarragona); Lluís Romero y Toni Aguilar (AssexoraTgn, Spain, Catalonia); Eva M^a Prado y Carmen Martin (ACCAS); Juan José Reyes, Sonia Reyes y Rocio García (Asociación Jerezana de Ayuda a Afectados de VIH/SIDA "SILOÉ"); Julia Talavera, Marina Valiente y Pere Salmerón (Lambda, col·lectiu de lesbianes, gais, transsexuals i bisexuals de València); Esteban Brook-Hart (Asociación Valenciana de VIH, SIDA y Hepatitis "AVACOS-H"); Alexandra Pérez (Comité Ciudadano Antisida del Campo de Gibraltar "CASC" (CAS Gibraltar)); Gema Herrero (Centro Social Polivalente "Mujer Gades"); Juan Ramon Barrios, Laura Varela and Aitor Calvo (OMSIDA); Sara Solier y Elena Luque (IEMAKAIE), Pamela Biot and Manuel Gomez (Adhara Centro Comunitario VIH/sida y otras ITS, Sevilla).

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: La red COBATEST (red europea de centros comunitarios de cribado del VIH) permite la recogida estandarizada de información para monitorizar las pruebas de VIH realizadas en estos centros. El objetivo fue describir el rendimiento de los centros españoles de la red COBATEST y el perfil epidemiológico de sus usuarios, y analizar los factores asociados a tener una prueba de VIH anterior.

Métodos: Análisis descriptivo de los datos recogidos en los 19 centros españoles que usaron las herramientas comunes de recogida de información durante el año 2015. Se realizó un modelo multivariado de regresión logística para identificar factores asociados a tener una prueba anterior.

Resultados: Se realizaron un total de 6.077 pruebas rápidas de VIH y de éstas un 1,8% fueron reactivas [3,0% HSH (hombres que tienen sexo con hombres); 3,1% TS (trabajadores/as sexuales); 2,3% UDI (usuarios/as de drogas inyectables); 0,6% heterosexuales]. El 82,1% de los reactivos se realizaron la prueba confirmatoria y 94 (97,9%) fueron diagnosticados de VIH siendo derivados al sistema sanitario el 54%. El 38% afirmó no haberse realizado nunca la prueba del VIH. Los factores asociados a tener una prueba del VIH anterior son: ser mayor de 20 años; ser HSH, TS, o UDI; ser extranjero; haber usado preservativo en la última penetración; haber tenido una ITS en el último año; y haber estado en prisión.

Conclusión: Los resultados muestran el gran potencial de estos servicios para llegar a personas que nunca se han realizado la prueba del VIH. Los casos de VIH se concentran en colectivos vulnerables. Es necesario mejorar la vinculación de las personas diagnosticadas a los servicios sanitarios.

Palabras clave: VIH, Pruebas rápidas, Diagnóstico/infección por VIH, Comportamiento de riesgo, Asesoramiento y pruebas voluntarias, Cribado comunitario.

Correspondencia

Laura Fernández-López
CEEISCAT
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Ctra. Del Canyet S/N
08916 Badalona, España.
lfopez@iconcologia.net

ABSTRACT

Cobatest network: users' characteristics of community-based voluntary, counselling and testing centres in Spain

Background: The COBATEST network (European network of community-based voluntary, counselling and testing centers) allows standardized collection of information to monitor HIV testing at these centers. The objective was to describe the performance of the Spanish centers of the COBATEST network and the epidemiological profile of its users, and to analyze the factors associated with having an earlier HIV test.

Methods: Descriptive analysis of the data collected in the 19 Spanish centers that used the common information collection tools during the year 2015. A multivariate logistic regression model was used to identify factors associated with having an earlier test.

Results: A total of 6,077 HIV rapid tests were performed and 1.8% were reactive (3.0% MSM, 3.1% SW, 2.3% PWID, 0.6% heterosexual). 82.1% of the reactives were referred to perform a confirmatory test and 94 (97.9%) were HIV positive, of whom 54% were diverted to the health system. 38% said they had never been tested for HIV. Factors associated with having a previous HIV test were: being over 20 years old; being HSH, SW, or PWID; being foreign; having used condoms at the last penetration; having had an STI in the last year; and having been in jail.

Conclusion: The results show the great potential of these services to reach people who have never been tested for HIV. The HIV cases are concentrated in vulnerable groups. It is necessary to improve the linkage of diagnosed people to health care services.

Key words: HIV, Point-of-care testing, HIV infections/diagnosis, Risk behaviour, VCT, Community testing.

Cita sugerida: Ribas Baltrons J, Fernández-López L, Casabona i Barbarà J y grupo red COBATEST España. Red COBATEST: Características de los usuarios de los centros comunitarios de diagnóstico y orientación para el VIH en España. Rev Esp Salud Pública. 2017;91:18 de diciembre e201712048.

INTRODUCCIÓN

La epidemia del virus del VIH en Europa sigue siendo un problema creciente en materia de salud pública. En 2015 la incidencia de nuevos diagnósticos se situó en los 17,6 nuevos casos por 100.000 personas en los países que integran la región europea de la OMS –la mayor tasa jamás registrada–, lo cual supone un incremento del 59% entre los años 2006 y 2015. Durante ese mismo periodo, la tasa de nuevos diagnósticos aumentó en un 108% y en un 133% en el este y el centro de Europa, respectivamente. En la región occidental, aunque dicho valor ha decrecido en un 20%, el contagio entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se incrementó en un 7% ⁽¹⁾.

El 48% de los nuevos diagnósticos son detectados de forma tardía, y de ellos, aproximadamente el 30% presentan síntomas de enfermedad avanzada^(1,2). Se estima que un 30% de las personas infectadas desconoce que lo está, lo cual representa una doble problemática: a nivel individual, estas personas no reciben el tratamiento adecuado, por lo que tienen un peor pronóstico. A nivel poblacional, si no toman medidas preventivas, pueden contribuir a la transmisión de la infección ^(3,4,5,6,7,8).

En España, la tendencia en la tasa de nuevos diagnósticos se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, estimándose en 9,44 casos por 100.000 personas en el año 2015. La transmisión sexual entre HSH representa el 53,6% de los nuevos diagnósticos y aumentó del 47,5% en 2009 al 56% en 2015⁽⁹⁾. En relación al diagnóstico tardío, éste representó el 46,5% de los nuevos casos en 2015, y el 27,1% de ellos, fueron diagnosticados con enfermedad avanzada⁽⁹⁾.

La prevención y el diagnóstico y tratamiento precoz son, por tanto, la principal estrategia para reducir el impacto de la epidemia. Los servicios de cribado anónimo y voluntario de base comunitaria (CBVCT, por sus siglas en inglés) se plantean, pues, como una herramienta eficaz para la realización de una prueba segura, y para proporcionar

información veraz y apoyo a todas aquellas personas que acuden a ellos para hacerse la prueba del VIH^(10,11). Estos centros, diseñados para alcanzar especialmente a las poblaciones más vulnerables, se caracterizan por ofrecer sus servicios fuera de los centros sanitarios convencionales, de forma voluntaria y con la participación activa de la comunidad tanto en el diseño como en la implementación de las intervenciones y estrategias de diagnóstico. Este tipo de centros operan generalmente en sus locales o mediante intervenciones de acercamiento en la calle, en saunas o en zonas de ocio. Muchos de ellos ofrecen además la prueba rápida para sífilis.

El proyecto VIH-DEVO⁽¹²⁾, que funciona en Cataluña desde el año 1994, monitoriza la actividad y el rendimiento de 12 CBVCT que recogen de forma sistemática información estandarizada de todas las personas que se realizan una prueba de VIH en sus centros. Usando como modelo el precedente de la red VIH-DEVO, el proyecto europeo “HIV community testing practices in Europe” (HIV-COBATEST)⁽¹³⁾ se implementó del 2010 al 2012, con el objetivo de promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH en Europa mediante la mejora de las prácticas CBVCT. Dicho proyecto ha permitido construir una plataforma de CBVCT (red COBATEST)⁽¹⁴⁾ con el objetivo de fomentar el uso de procedimientos y criterios estandarizados para monitorizar su actividad. Actualmente, la red cuenta con 49 organizaciones participantes en toda Europa, 28 de las cuales se hallan en España. Durante el 2015, únicamente 19 de los centros españoles usaron la base de datos estándar para la recogida de datos sociodemográficos. Dichos datos pueden representar una fuente de información clave para entender el perfil epidemiológico de las personas que no acuden al sistema sanitario convencional y la propia efectividad de estos centros.

El objetivo del estudio fue describir la actividad de los centros de la red COBATEST en España durante el año 2015, así como el perfil epidemiológico de las personas que acudie-

ron a los mismos a realizarse la prueba del VIH. Se realizó también un análisis de factores asociados a haberse realizado la prueba del VIH anteriormente.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un análisis descriptivo a partir de los datos de las personas que acudieron a los centros españoles de la red COBATEST para realizarse la prueba rápida del VIH durante el año 2015. Solo se incluyeron en el análisis los 19 centros que utilizaron en ese año la base de datos estándar para la recogida sistemática de datos (*anexo 1*). Se excluyeron del análisis las personas que se realizaron sólo la prueba para sífilis y las que obtuvieron un resultado reactivo en la prueba rápida del VIH pero ya tenían un diagnóstico positivo previo.

Todos los centros ofrecen la prueba rápida para el VIH, así como los servicios de orientación pre y post-prueba. Los dispositivos usados para la prueba rápida del VIH son *Ale-re Determine™ HIV 1/2 Ag/Ab Combo* (sensibilidad=99.9%; especificidad=99.8%) en el caso de las pruebas realizadas sobre muestra de sangre y *OraQuick ADVANCE® Rapid HIV-1/2 Antibody Test* (sensibilidad=99.6%; especificidad=100%) para las pruebas realizadas sobre muestra de fluido oral. En el caso de que el resultado de la prueba rápida fuese reactivo, los usuarios eran referidos a un centro sanitario o laboratorio de referencia para la realización de la prueba confirmatoria mediante ELISA y Western Blot. La recogida de datos se realizó mediante la cumplimentación del cuestionario de la red COBATEST por el personal de los centros participantes, durante la visita de cada usuario e introducidos de forma sistemática en la base de datos central a través de una interface web. Todas las personas atendidas fueron identificadas con un código personal para garantizar el anonimato de las mismas, la confidencialidad de los datos recogidos y la posibilidad de identificar usuarios repetidores en el análisis.

Para el estudio de factores asociados a haberse realizado previamente al menos una prueba para el diagnóstico del VIH se tuvo en cuenta la información reportada durante la primera visita de cada usuario, en caso de que la persona hubiera acudido más de una vez al servicio durante el año de estudio. Se estimaron los *odds ratio* con un intervalo de confianza del 95% en el análisis multivariante mediante regresión logística.

Todos los análisis se realizaron con el software estadístico IBM SPSS Statistics 19.

RESULTADOS

Durante el año 2015, se realizaron en los 19 centros españoles de la red COBATEST un total de 6.058 pruebas rápidas para VIH a 5.675 personas. El 6,7% (383/5.675) de los usuarios se realizaron la prueba 2 o más veces durante ese año en alguno de los 19 centros. El porcentaje de usuarios con un resultado reactivo para la prueba rápida fue del 1,8% (102/5.675), y el 87,2% (89/102) de estos se realizaron la prueba confirmatoria, confirmándose la infección en 87 usuarios (en los otros dos casos se desconocía el resultado). Según los datos de los que se dispuso, el 54,0% (47/87) de los usuarios confirmados fueron derivados al sistema sanitario (*figura 1*).

Los usuarios que acudieron a los centros españoles de la red COBATEST durante 2015 fueron en su mayoría hombres [64,1%; 3.640/5.674] de entre 21 y 35 años de edad [59,1%; 3.280/5.548] y de nacionalidad española [63,3%; 3.506/5.530]. El 36,4% (2.018/5.530) declararon ser extranjeros, de los cuales el 6,9% eran turistas (*tabla 1*).

El grupo de población más representado fue el de HSH con un 33,9% y los usuarios de drogas inyectables (UDI) representaron únicamente el 0,8% de toda la muestra.

El 97,8% (5.923/6.058) de las pruebas de cribado se realizaron en los locales de los respectivos CBVCT. Se realizaron 95 pruebas

Figura 1
Indicadores de actividad de la red COBATEST de centros comunitarios españoles para el diagnóstico y la orientación del VIH durante el año 2015



rápidas en intervenciones de acercamiento, de las cuales 91 se realizaron en trabajadores/as sexuales (TS) (80 mujeres, 10 transexuales y 1 hombre). El 86,8% (79/91) de esas personas eran de nacionalidad extranjera, principalmente de América Latina y el Caribe (56/91).

Las pruebas rápidas de VIH representaron el 97,9% (5.930/6.055) de todos los test realizados, con el 75,3% (4.559/6.055) rea-

lizados sobre muestra de sangre, y el 22,6% (1.371/6.055) sobre muestra de fluido oral. Tan solo el 2,1% (125/6.055) se realizaron mediante extracción de sangre, realizadas siempre por personal sanitario.

De todos los usuarios que se realizaron la prueba rápida, el 37,1% (2.107/5.674) afirmó en su primera visita no haberse realizado nunca antes la prueba del VIH.

Tabla 1
Datos socio-demográficos, grupos de riesgo y actividad de cribado para VIH

Variables	N	Porcentaje
Género (n=5.674)		
Hombre	3.640	64,2%
Mujer	1.884	33,2%
Transexual	150	2,6%
Grupos de edad (n=5.548)		
<20	521	9,4%
≥21-35	3.280	59,1%
≥36-50	1.461	26,3%
>50	286	5,2%
Extranjeros (n=5.530)		
Si	2.018	36,5%
No	3.506	63,4%
NS/NC	6	0,1%
Turistas (n=1.598)		
Si	110	6,9%
No	1.488	93,1%
Poblaciones de riesgo (n=5.495)		
UDI	43	0,8%
HTS ^a	312	5,7%
HSH ^a	1.863	33,9%
MTS	504	9,2%
MH	1.231	22,4%
HH	1.542	28,1%
Lugar del screening (n=6.058)		
Local CBVCT	5.923	97,8%
Exterior/furgoneta móvil	2	≈0%
Lugar de encuentro sexual	93	1,5%
Otros	40	0,7%
Tipo de Test (n=6.055)		
Test rápido en sangre	4.559	75,3%
Test rápido en saliva	1.371	22,6%
Test convencional en sangre	125	2,1%
Prueba VIH previa a la primera visita (n=5.674)		
Si	3.534	62,3%
No	2.107	37,1%
NS/NC	33	0,6%

^a Este grupo incluye mujeres transexuales. UDI: Usuarios de drogas inyectables; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTS: hombres trabajadores del sexo; MTS: mujeres trabajadoras del sexo; MH: mujeres heterosexuales; HH: hombres heterosexuales.

El motivo principal manifestado por los usuarios para realizarse la prueba del VIH fue en un 55,4% (3144/5675) de los casos por una exposición de riesgo. El 22,5% (1278/5675) manifestó realizarse la prueba por control rutinario.

La **tabla 2** muestra la prevalencia de pruebas reactivas por grupo de población. Los datos se muestran estratificados por sexo y grupo de edad.

La prevalencia global de detecciones de VIH fue del 1,8%. El 54,9% (56/102) de

las detecciones fueron en HSH, el 25,4% (26/102) en TS, el 16,6% (17/102) en heterosexuales y el 0,9% (1/102) en UDI.

La estratificación por sexo muestra que los hombres presentaron una prevalencia de pruebas reactivas siete veces superior a la de las mujeres, mientras que las transexuales, por otro lado, presentaron una prevalencia aproximadamente 30 veces superior respecto las mismas (10%). La prevalencia de pruebas reactivas por grupo de transmisión sitúa a los TS, HSH y UDI por encima del umbral

Tabla 2
Porcentajes de VIH positivos por grupo de riesgo. Datos estratificados por sexo y grupo de edad

Población de riesgo		Sexo				Edad			
		Hom- bres	Muje- res	Tran- sex- uales	Total	<25 años	≥25 años	Descono- cida	Total
Usuarios de dro- gas inyectables	Nº de test reactivos VIH	1	0	0	1	0	1	-	1
	Nº de test VIH	32	10	1	43	7	36	-	43
	Porcentaje usuarios con test reactivo VIH	3,1%	0%	0%	2,3%	0%	2,7%	-	2,3%
Trabajadores sexuales	Nº de test reactivos VIH	12	1	13	26	2	23	1	26
	Nº de test VIH	173	504	139	816	152	642		795
	Porcentaje usuarios con test reactivo VIH	6,9%	0,2%	9,3%	3,1%	1,3%	3,5%		3,2%
Hombres que tienen sexo con hombres	Nº de test reactivos VIH	54	-	2	56	9	47	-	56
	Nº de test VIH	1.853	-	10	1.863	455	1.378	-	1.833
	Porcentaje usuarios con test reactivo VIH	2,9%	-	20%	3,0%	1,9%	3,4%	-	3,0%
Heterosexuales	Nº de test reactivos VIH	11	6	-	17	1	16	-	17
	Nº de test VIH	1.542	1.231	-	2.773	787	1.925	-	2.712
	Porcentaje usuarios con test reactivo VIH	0,7%	0,4%	-	0,6%	0,1%	0,8%	-	0,6%
Desconocidos	Nº de test reactivos VIH	2	-	-		-	2	-	2
Población total	Nº de test reactivos VIH	80	6	15	102	12	89	1	102
	Nº de test VIH	3.602	1.745	150	5.497 ^a	1.401	3.983	1	5.385 ^b
	Porcentaje usuarios con test reactivo VIH	2,2%	0,3%	10%	1,8%	0,8%	2,2%	100%	1,8%

^a Las 5497 personas incluidas en el análisis representan el 96,8% del total de las personas atendidas. ^b Las 5385 personas incluidas en el análisis representan el 94,8% del total de las personas atendidas.

medio de la muestra poblacional, siendo los hombres trabajadores del sexo (HTS) grupo que presentan una prevalencia mayor (6,9%).

La prevalencia en personas de nacionalidad extranjera es mayor que en las personas de nacionalidad española (2,5% vs 1,3% $p < 0,05$ IC 95%) (tabla 3). Todos los transexuales que obtuvieron un test reactivo para la prueba rápida del VIH eran de nacionalidad extranjera. De las 60 personas de nacionalidad extranjera que obtuvieron un test reactivo incluidas en el análisis, el 82,6% (43/52) eran de origen latinoamericano; el 7,6% (4/52) de origen africano; el 5,7% (3/52) eran de origen europeo y el 3,8% (2/52) de origen asiático.

El análisis multivariante muestra diversos factores que parecen estar asociados al hecho de haberse realizado al menos una prueba para el diagnóstico del VIH antes de la primera visita al CBVCT (tabla 4). Esos factores son: (1) Ser mayor de 20 años, en cualquier de los grupos de edad (21-35 años, aOR=3,645; 35-50 años, aOR=7,107; >50 años, aOR=6,474); (2) Ser MTS (aOR=3,258), HSH (aOR=3,521), HTS (aOR=4,412) o UDI (aOR=2,570); (3) Ser extranjero (aOR=1,412); (4) Haber usado preservativo en la última relación sexual con penetración. (aOR=1,378); (5) Haber sido diagnosticado de alguna ITS en los últimos 12 meses. (aOR=1,890); (6) Haber estado en prisión (aOR=2,914).

Tabla 3
Porcentajes de VIH positivos por situación de inmigración. Datos estratificados por sexo y grupo de edad

Población de riesgo		Sexo				Edad			
		Hombres	Mujeres	Transexuales	Total	<25 años	≥25 años	Desconocidos	Total
Inmigrantes	Nº de test reactivos VIH	33	5	14	52	7	44	1	52
	Nº de test VIH	1.000	880	138	2.018	454	1.519		1.974
	Porcentaje usuarios con test reactivo VIH	3,3%	0,5%	10,1%	2,5%	1,5%	2,8%		2,6%
No inmigrantes	Nº de test reactivos VIH	47	1	0	48	5	43	-	48
	Nº de test VIH	2.531	963	11	3.505	966	2.477	-	3.443
	Porcentaje usuarios con test reactivo VIH	1,8%	0,1%	0%	1,3%	0,5%	1,7%	-	1,3%
NS/NC	Nº de test reactivos VIH	0	0	-	0	0	0	-	0
	Nº de test VIH	4	2	-	6	2	4	-	6
	Porcentaje usuarios con test reactivo VIH	0%	0%	-	0%	0%	0%	-	0%
Desconocidos	Nº de test reactivos VIH	-	1	1	2	-	2	-	2
Total	Nº de test reactivos VIH	80	6	15	102	12	89	1	102
	Nº de test VIH	3.535	1.846	150	5.531 ^a	1.422	4.002	1	5.425 ^b
	Porcentaje usuarios con test reactivo VIH	2,2%	0,3%	10%	1,8%	0,8%	2,2%	100%	1,8%

^a Las 5.531 personas incluidas en el análisis representan el 97,4% del total de las personas atendidas. ^b Las 5.425 personas incluidas en el análisis representan el 95,5% del total de las personas atendidas.

Tabla 4
Estudio de factores asociados a haberse realizado al menos una prueba del VIH antes de la primera visita al centro comunitario

Factores de asociación o riesgo		N	Modelo bivariado OR (95% IC)	N	AOR (95% IC)
Grupos de edad	<20	517	Ref.	410	Ref
	21-35	3.266	4.047 (3.303-4.960)***	2.374	3.801 (2.974 – 4.856)***
	36-50	1.448	7.344 (5.867-9.292)***	1.011	7.279 (5.522 - 9.594)***
	>50	295	6.587 (4.788-9.062)***	199	6.611 (4.406 – 9.919)***
Grupos de riesgo	HH	1.531	Ref.	1.156	Ref
	MH	1.226	0.798 (0.686-0.927)**	951	1.019 (0.848-1.224)
	MTS	500	4.347 (3.400-5.558)***	355	3.406 (2.490-4.660)***
	HSH	1.854	3.479 (3.000-4.035)***	1.247	3.940 (3.273-4.744)***
	HTS	312	6.471 (4.605-9.093)***	248	4.924 (3.315-7.313)***
	UDI	43	3.803 (1.811-7.982)***	37	2.570 (1.076-6.135)*
Extranjero	No	3.489	Ref.	2.538	Ref
	Sí	2.006	1.653 (1.470-1.858)***	1.456	1.493 (1.272 - 1.752)***
Uso de preservativo	No	2.130	Ref	1.501	Ref
	Sí	3.383	1.653 (1.478-1.848)***	2.493	1.457 (1.258-1.688)***
Diagnóstico de ITS	No	4.971	Ref	3.725	Ref
	Sí	358	1.884 (1.471-2.412)***	269	1.895 (1.384-2.593)***
Prisión	No	4.350	Ref	3.922	Ref
	Sí	82	3.359 (1.851-6.095)***	72	2.453 (1.198-5.022)*
Resultado prueba rápida	Negativo	5.540	Ref.	-	-
	Positivo	101	1.490 (0.965 - 2.301)	-	-

UDI, Usuarios de drogas inyectables; HSH, Hombres que tienen sexo con hombres; HTS, hombres trabajadores del sexo; MTS, mujeres trabajadoras del sexo; MH, mujeres heterosexuales; HH, hombres heterosexuales. Significación estadística: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

DISCUSIÓN

Los centros españoles de la red COBA-TEST detectaron 102 nuevos diagnósticos de VIH durante el año 2015. Aunque el porcentaje de usuarios con la confirmación del diagnóstico es alto, poco más de la mitad de ellos fue derivado exitosamente al sistema sanitario, según los datos recogidos en los formularios. La derivación de las personas que obtienen un resultado reactivo para la prueba del VIH al sistema sanitario no se realiza siempre de forma directa y existen pasos intermedios donde se pierde la pista de muchos usuarios. El seguimiento de dichas personas

se realiza, dependiendo del centro, mediante contacto telefónico, por correo electrónico o concertando citas presenciales, siempre acorde con las preferencias de la persona en cuestión, por eso, la comunicación entre el usuario y el centro comunitario es fundamental. Por tanto, no podemos afirmar que el resto de los usuarios de los que no tenemos datos sobre su vinculación al sistema sanitario no estén actualmente recibiendo tratamiento. Otras publicaciones describen intervenciones comunitarias realizadas en países de alta renta en la misma línea, y reportan porcentajes de derivación al sistema sanitario que oscilan en-

tre el 42% y el 100%^(10,15,16,17). Los porcentajes más altos de éxito se obtienen de estudios donde hay una colaboración estrecha entre el proveedor de la prueba rápida del VIH y el sistema sanitario, acortando así el tiempo y los pasos intermedios entre la realización de las pruebas y la obtención de los resultados. Hay que tener en cuenta, por otra parte, que el concepto de derivación al sistema sanitario está poco claro y cobra diferentes significados dependiendo del contexto del estudio. Existen varias definiciones, que incluyen el recuento de CD4 y la carga viral, el hecho de haberse realizado la prueba confirmatoria o el número de visitas médicas después del diagnóstico⁽¹⁸⁾.

Los resultados obtenidos en el estudio de los casos de VIH detectados en los centros comunitarios españoles de la red COBATEST durante el año 2015 están en consonancia con otros datos obtenidos de otras intervenciones comunitarias y tampoco sugieren grandes diferencias respecto a los resultados del estudio prospectivo de prevalencia EPI-VIH en centros específicos de VIH/ITS en España, realizado en centros sanitarios y unidades de infecciones de transmisión sexual dentro del sistema sanitario convencional⁽¹⁹⁾. Aunque varios centros de la red COBATEST se dirigen a población general, es importante hacer esfuerzos para que el servicio de dichos centros vaya dirigido especialmente a aquellas poblaciones más vulnerables a la infección. Existen evidencias de que los programas para la detección de nuevos casos de VIH son más coste-efectivos cuando la prevalencia de la infección es más alta, puesto que el coste por cada detección termina siendo menor^(20,21,22). Puesto que en el contexto de nuestro país la epidemia no es generalizada, convendría fomentar los programas de cribado dirigidos. En ese sentido, y teniendo en cuenta que casi el 98% de las pruebas rápidas de diagnóstico se realizaron en los locales de las respectivas ONG, es clave complementar los programas de cribado en los propios centros con programas de acercamiento, de manera que se pueda llegar de forma eficiente a esas poblaciones con una mayor prevalencia.

La prevalencia general en los centros comunitarios españoles de la red COBATEST se sitúa alrededor del 2%, aunque la prevalencia en los diferentes grupos de riesgo es muy variable y oscila entre el 0.2% en MTS y el 10% en transexuales. Muchas de las MTS que acuden a los centros comunitarios forman parte de programas específicos de prevención del VIH en este colectivo, lo cual podría explicar la baja prevalencia detectada en ese grupo. Esto contrasta con el alto porcentaje de detección en HTS, que sigue siendo un colectivo enormemente vulnerable al igual que las mujeres transexuales. No obstante las personas transexuales que acudieron a los centros comunitarios no representan al colectivo, ya que el 93% eran TS y todas las que tuvieron un resultado reactivo eran extranjeras. En este grupo confluyen multitud de factores de riesgo, entre los cuales el estigma y la exclusión social derivados de la discriminación por motivos de identidad de género. En este colectivo, además, la compartición de material de inyección para el uso de hormonas y silicona parece ser una realidad común^(23,24,25). La prevalencia del VIH en HTS se situaba alrededor del 12% según los últimos datos oficiales de 2005⁽²⁶⁾. Datos recientes demuestran que en España la prevalencia está aumentando, especialmente debido a una disminución de la percepción del riesgo y a la tendencia en aumento de la práctica de relaciones sexuales desprotegidas⁽²⁷⁾. Aunque la vía de transmisión principal del VIH en España es la sexual, el porcentaje de detección en los UDI que acudieron a los centros comunitarios es elevado, a pesar de la existencia de programas de reducción de daños.

Cerca del 37% de los usuarios que se realizaron la prueba del VIH en los centros comunitarios en 2015 afirmaron no habérsela realizado nunca antes. En dos estudios alemanes se registraron porcentajes de personas sin una prueba previa para VIH del 7% y del 35%^(28,29). En otros dos estudios, uno australiano y otro canadiense, los porcentajes fueron del 10% y del 24%, respectivamente^(30,31). Así pues, el valor difiere mucho en función

del contexto del estudio y de la región. Desconocemos los factores y los motivos por los cuales estas personas no se habían realizado nunca la prueba. Puesto que el porcentaje es alto, es importante seguir aportando datos para analizar si estos centros pueden ser una herramienta efectiva y atrayente para este perfil de personas que, presumiblemente, no se habrían hecho la prueba.

El estudio de factores asociados a la realización previa de la prueba revela que, en la población de estudio, la edad es un importante factor, puesto que los más jóvenes no han tenido, probablemente, tantas exposiciones de riesgo. Asimismo, ser HSH, MTS, HTS, UDI o inmigrante son también factores asociados a haberse realizado la prueba del VIH, no así el hecho de ser HH, MH. En nuestro estudio se evidencia que los grupos que presentan una mayor probabilidad de haberse realizado la prueba anteriormente, incurrir también en un mayor número de prácticas de riesgo^(32,33), y presentan también altos porcentajes de resultados reactivos, lo cual podría explicar, a su vez, una mayor predisposición a realizarse la prueba del VIH. Existen evidencias de que la falta de percepción del riesgo es uno de los principales factores para no haberse realizado nunca la prueba^(30,34,35). Para ello, es importante conocer qué factores son percibidos como barreras a la hora de mostrar una actitud proactiva para realizarse la prueba de diagnóstico⁽³⁶⁾. Las evidencias revelan que existe un amplio abanico de factores a nivel individual, social y de estructura del sistema sanitario que dependen además del contexto de cada región. Algunos de ellos son la espera para el resultado de la prueba, el miedo al resultado de la misma, el miedo a la falta de confidencialidad o el desconocimiento de los servicios de diagnóstico^(37,38).

Los datos analizados presentan también algunas limitaciones. Una limitación importante es que los resultados no se pueden generalizar a todos los servicios CBVCT de España, y no son representativos a nivel nacional, pues el análisis se ha realizado en los centros es-

pañoles que pertenecen a la red COBATEST y que usan las herramientas comunes de recogida de información. Algunos de los datos están también sujetos a sesgo de memoria, y otros datos corresponden a preguntas que los usuarios prefirieron no contestar. Otra limitación es la falta de consistencia de la variable sobre la derivación de los positivos detectados al servicio sanitario. Por ello, es necesario establecer una definición consensuada de dicho concepto en el entorno comunitario para su evaluación en futuros estudios, así como el análisis de formas eficientes para lograr retener en el sistema de salud a todas las personas finalmente diagnosticadas. Asimismo, y para garantizar la buena calidad de los datos, es imprescindible la entrada correcta y sistematizada de los datos en la base central.

En resumen, la red europea de centros comunitarios de cribado del VIH (red COBATEST) y el uso de las herramientas comunes (cuestionario estandarizado y la interface web para la entrada de datos on-line) ha permitido la recogida de información estandarizada sobre la actividad de estos centros en España, facilitando así el análisis conjunto de los datos. Según la información analizada, para mejorar el rendimiento de los programas de cribado del VIH hay que adaptar las actividades a las particularidades de cada población de riesgo, incorporar también actividades de acercamiento para acceder a las poblaciones de más riesgo y de más difícil acceso y reforzar el enlace con los correspondientes servicios sanitarios. La consolidación del monitorización y evaluación conjunta de la actividad de cribado de los centros comunitarios, aprovechando la experiencia regional y europea existente, es básica para mejorar el diagnóstico precoz del VIH en España.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer la colaboración de todos los centros españoles que forman parte de la red COBATEST, especialmente a los que han contribuido con sus datos para este análisis. También desean agradecer al Dr. Joan Tallada por los comentarios y guía

recibida en el trabajo de fin de máster de Josep Ribas Baltrons, que ha permitido la realización de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Report S. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. 2015.
2. Mocroft A, Lundgren JD, Sabin ML, d'Arminio Monforte A, Brockmeyer N, Casabona J, et al. Risk Factors and Outcomes for Late Presentation for HIV-Positive Persons in Europe: Results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE). *PLoS Med.* 2013;10(9).
3. Mammone A, Pezzotti P, Regine V, Camoni L, Puro V, Ippolito G, et al. How many people are living with undiagnosed HIV infection? an estimate for Italy, based on surveillance data. *Aids.* 2016;1.
4. Review E. HIV in hiding: methods and data requirements for the estimation of the number of people living with undiagnosed HIV. *AIDS.* 2011;25(8):1017–23.
5. van Sighem A, Nakagawa F, De Angelis D, Quinten C, Bezemer D, de Coul EO, et al. Estimating HIV Incidence, Time to Diagnosis, and the Undiagnosed HIV Epidemic Using Routine Surveillance Data. *Epidemiology.* 2015 Sep;26(5):653–60.
6. 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 [Internet].* 2015 Jun [citado el 2 de agosto de 2016];25(3):494–500. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25161202>
7. Supervie V, Ndawinz JDA, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *AIDS.* 2014;28(12):1797–804.
8. Lodwick RK, Nakagawa F, Van Sighem A, Sabin CA, Phillips AN. Use of surveillance data on HIV diagnoses with HIV-related symptoms to estimate the number of people living with undiagnosed HIV in need of antiretroviral therapy. *PLoS One.* 2015;10(3):1–9.
9. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología/Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH y SIDA EN ESPAÑA. 2016 [citado el 16 de diciembre de 2016]; Disponible en: https://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf
10. Thornton A, Delpach V, Kall M, Nardone A. HIV testing in community settings in resource-rich countries: a systematic review of the evidence. *HIV Med [Internet].* 2012 Aug [citado el 6 de marzo de 2017];13(7):416–26. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22413900>
11. 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 Med.* 2013;10(8).
12. 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.
13. - EURO HIV EDAT project. [Internet]. [citado el 21 de abril de 2016]. Disponible en: <https://eurohivedat.eu/>
14. 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 [Internet].* 2016;121(Febuary):1–5. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2016.1146218>
15. Bowles KE, Clark HA, Tai E, Sullivan PS, Song B, Tsang J, et al. Implementing rapid HIV testing in outreach and community settings: Results from an advancing HIV prevention demonstration project conducted in seven U.S. cities. *Public Health Rep.* 2008;123(Suppl 3).
16. Bucher JB, Thomas KM, Guzman D, Riley E, Dela Cruz N, Bangsberg DR. Community-based rapid HIV testing in homeless and marginally housed adults in San Francisco. *HIV Med.* 2007;8(1):28–31.
17. Ankersztejn-Bartczak M, Firląg-Burkacka E, Czeszko-Paprocka H, Kubicka J, Cybula A, Horban A, et al. Factors responsible for incomplete linkage to care after HIV diagnosis: preliminary results from the Test and Keep in Care (TAK) project. *HIV Med.* 2015 Feb;16(2):88–94.
18. Christopoulos KA, Das M, Colfax GN. Linkage and retention in HIV care among men who have sex with men in the United States. *Clin Infect Dis.* 2011;52(SUPPL. 2).
19. Grupo EPI-VIH. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología/Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros específicos de VIH/ITS, 2000-2013. Madrid; 2016.
20. 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. 2015;1–11.

21. Sansom SL, Hutchinson AB. Cost-Effectiveness of Finding New HIV Diagnoses Using Rapid HIV Testing in Community-Based Organizations. 2008;123:94–100.
22. Perelman J, Rosado R, Amri O, Morel S, Rojas Castro D, Chanos S, et al. Economic evaluation of HIV testing for men who have sex with men in community-based organizations - results from six European cities. *AIDS Care* [Internet]. 2016 Dec 27 [citado el 9 de enero de 2017];1–5. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2016.1271392>
23. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review. *AIDS Behav*. 2008;12(1):1–17.
24. Schulden JD, Song B, Barros A, Mares-DelGrasso A, Martin CW, Ramirez R, et al. Rapid HIV Testing in Transgender Communities by Community-Based Organizations in Three Cities. *Public Health Rep*. 2008;123(Suppl 3):101–14.
25. Poteat T, German D, Flynn C. The conflation of gender and sex: Gaps and opportunities in HIV data among transgender women and MSM. *Glob Public Health*. 2016;1692(April):1–14.
26. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución; Elementos claves para el desarrollo de programas. Madrid, 2005.
27. Salmero P. Male Sex Workers in Spain : What has Changed in the Last Lustrum ? A Comparison of Sociodemographic Data and HIV Sexual Risk Behaviors (2010 – 2015) The Statistical Program for Social Sciences. 2017;2295–305.
28. Marcus U, Gassowski M, Kruspe M, Drewes J. Relevance and frequency of HIV testing among men who have sex with men in Germany and socio-demographic factors associated with testing behaviour. *BMC Public Health*. *BMC Public Health*; 2015;1–11.
29. Marcus U, Gassowski M, Drewes J. HIV risk perception and testing behaviours among men having sex with men (MSM) reporting potential transmission risks in the previous 12 months from a large online sample of MSM living in Germany. *BMC Public Health*. *BMC Public Health*; 2016;1–9.
30. Conway DP, Holt M, Couldwell DL, Smith DE, Davies SC, McNulty A, et al. Barriers to HIV testing and characteristics associated with never testing among gay and bisexual men attending sexual health clinics in Sydney. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2015 Jan [citado el 6 de abril de 2016];18:20221. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4552862&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
31. Holtzman S, Landis L, Walsh Z, Puterman E, Roberts D, Saya-moore K, et al. Predictors of HIV testing among men who have sex with men : a focus on men living outside major urban centres in Canada. *Taylor & Francis*; 2016;121(November).
32. Hoenigl M, Anderson CM, Green N, Mehta SR, Smith DM, Little SJ. Repeat HIV-testing is associated with an increase in behavioral risk among men who have sex with men: a cohort study. *BMC Med*. *BMC Medicine*; 2015;13(1):218.
33. Marcus U, Ort J, Grenz M, Eckstein K, Wirtz K, Wille A. Risk factors for HIV and STI diagnosis in a community-based HIV/STI testing and counselling site for men having sex with men (MSM) in a large German city in 2011-2012. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2015 Jan [citado el 23 de septiembre de 2015];15:14. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4307229&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
34. Fernández-Balbuena S, de la Fuente L, Hoyos J, Rosales-Statkus ME, Barrio G, Belza M-J. Highly visible street-based HIV rapid testing: is it an attractive option for a previously untested population? A cross-sectional study. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2014 Mar [citado el 7 de noviembre de 2014];90(2):112–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24234073>
35. Fuente L De, Sordo L, Barrio G, Hoyos J, Ferna S. Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards : prevalence and perceived barriers. 2013;1–8.
36. Schwarcz S, Richards TA, Frank H, Wenzel C, Hsu LC, Chin C-SJ, et al. Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing. *AIDS Care*. 2011;23(7):892–900.
37. Bolewicz K, Vallely a, DeBattista J, Whittaker a, Fitzgerald L. Factors impacting HIV testing: a review - perspectives from Australia, Canada, and the UK. *AIDS Care*. 2014;121(December).
38. Kaai S, Bullock S, Burchell AN, Major C. Factors that affect HIV testing and counseling services among heterosexuals in Canada and the United Kingdom: An integrated review. *Patient Educ Couns*. Elsevier Ireland Ltd; 2012;88(1):4–15.

Anexo 1	
Listado de organizaciones que participan en la red COBATEST española de centros comunitarios para de diagnóstico y la orientación del VIH y que usan las herramientas comunes	
Nombre de la organización	Ciudad
Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat "CJAS"	Barcelona
ARD Lluís Companys	Barcelona
Asociación StopSida	Barcelona
Associació Anti-SIDA de Lleida	Lleida
Associació Ciutadana Anti-sida de Catalunya "ACASC"	Barcelona
Actuavallès ^a	Sabadell/Terrassa
Àmbit Prevenció	Barcelona
ACAS Girona	Girona
Gais Positius	Barcelona
Creu Roja Tarragona	Tarragona
Assexora ⁷ Tgn	Tarragona
Asociación Ciudadana Cántabra Anti Sida "ACCAS"	Santander
Asociación Jerezana de Ayuda a Afectados de VIH/SIDA "SILOÉ"	Jerez de la Frontera
Lambda, col·lectiu de lesbianes, gais, transexuals i bisexuals	Valencia
Asociación Valenciana de VIH, SIDA y Hepatitis "AVACOS-H"	Valencia
Comité Ciudadano Antisida del Campo de Gibraltar "CASCG"	Algeciras
Centro Social Polivalente "Mujer Gades"	Cádiz
OMSIDA, Asociación para la Ayuda a personas afectadas por VIH/sida	Zaragoza
IEMAKAIE	Córdoba