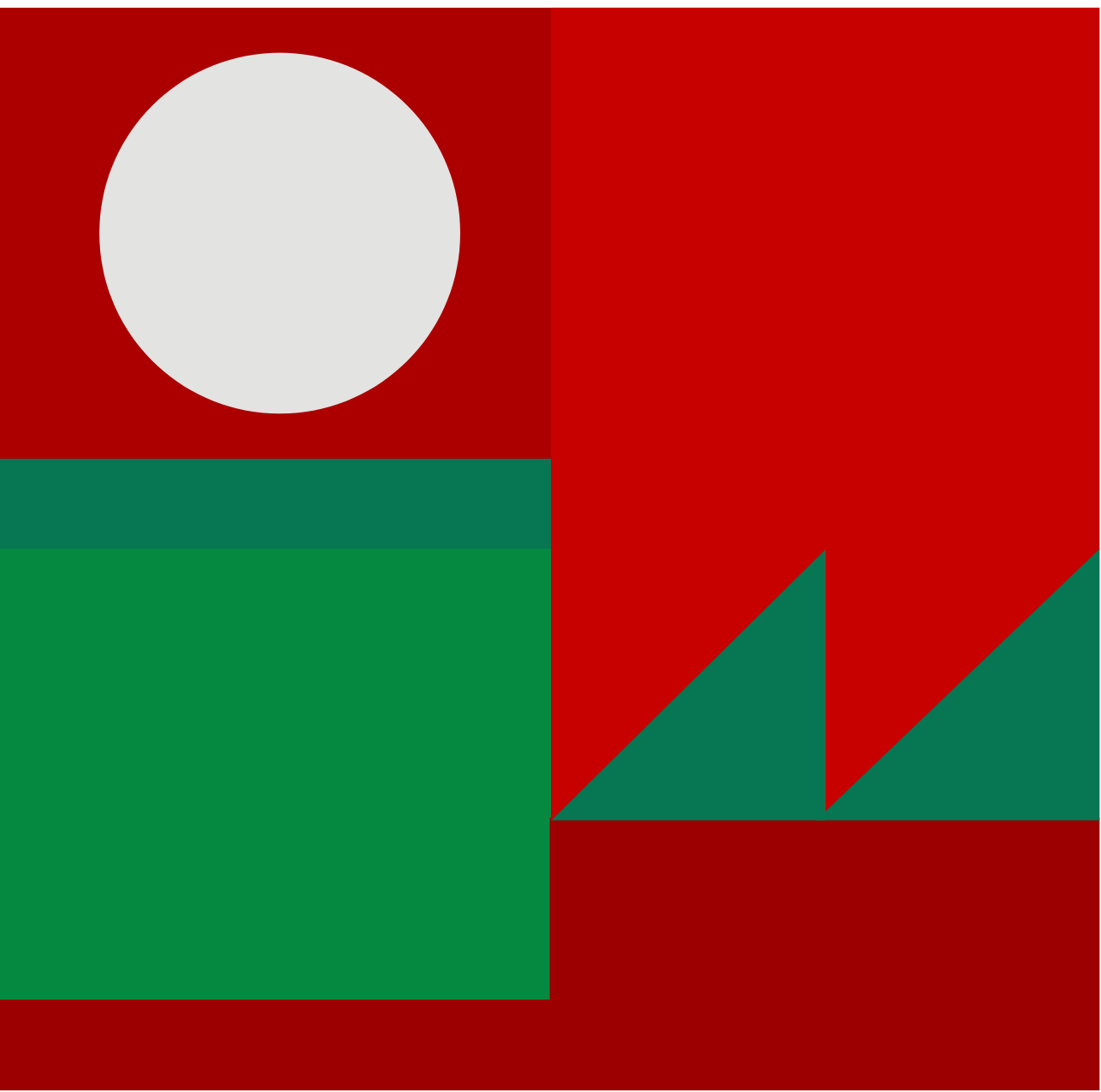
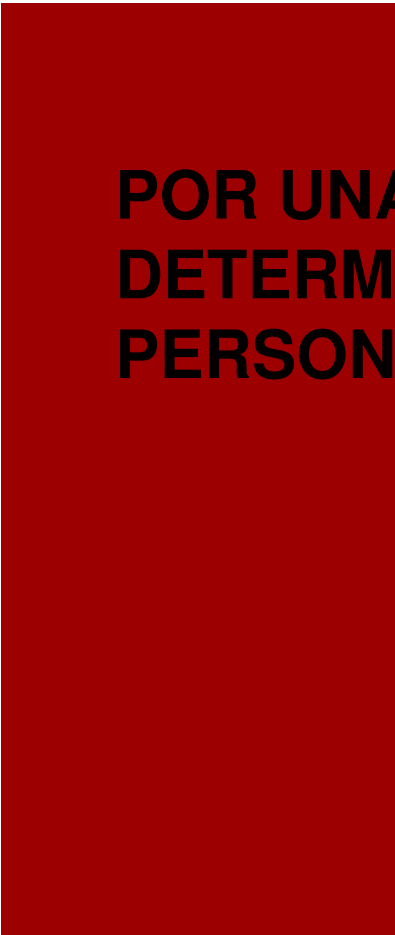


# **POR UNA SALUD NO DETERMINADA PARA LAS PERSONAS CON EL VIH**

Hoja de ruta hacia la Equidad en VIH



A solid red vertical bar is positioned on the left side of the page, extending from the top of the main text area to the bottom.

# **POR UNA SALUD NO DETERMINADA PARA LAS PERSONAS CON EL VIH**

Hoja de ruta hacia la  
Equidad en VIH

# **POR UNA SALUD NO DETERMINADA PARA LAS PERSONAS CON EL VIH**

Hoja de ruta hacia la  
Equidad en VIH



**Por una salud no determinada para las personas con el VIH**  
Hoja de ruta hacia la Equidad en VIH  
**Fundación Gaspar Casal**

ISBN: 978-84-09-61161-4

Depósito legal:

Formato: 170 x 240 mm

Páginas: 42

2023 Fundación Gaspar Casal  
[fundaciongasparcasal.org](http://fundaciongasparcasal.org)  
C/General Díaz Porlier 78, 8A  
28006 Madrid

Con la colaboración de:



Edita: Sara Prieto Trapero

---

# INDICE

|           |                                      |           |
|-----------|--------------------------------------|-----------|
| <b>01</b> | <b>Contexto y justificación</b>      | <b>11</b> |
| <b>0</b>  | <b>Grupo focal</b>                   | <b>16</b> |
|           | 2.1. Participantes en el Grupo Focal | 16        |
|           | 2.2. Áreas temáticas                 | 19        |
|           | 2.3. Métodos                         | 20        |
|           | 2.4. Análisis del discurso           | 22        |
| <b>03</b> | <b>Hoja de Ruta</b>                  | <b>32</b> |
| <b>04</b> | <b>Conclusiones</b>                  | <b>38</b> |
| <b>05</b> | <b>Referencias bibliográficas</b>    | <b>41</b> |

# AUTORES

**Juan E. del Llano-Señarís**, Fundación Gaspar Casal

**Roberto Nuño-Solinís**, Fundación Gaspar Casal

**Ana Koerting**, Ministerio de Sanidad

**Maria José Fuster**, Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA)/Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

**Jeffrey Lazarus**, ISGlobal

**Juanse Hernández**, Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)

**Gerjo Pérez**, Acción Triángulo

**Pep Coll**, Hospital Germans Trias i Pujol

**Marta Montero**, Hospital Universitario La Fe de Valencia

**Carmen Martín**, Asociación Ciudadana Cantabra Antisida (ACCAS)

**Rosa Polo**, Ministerio de Sanidad

# PREFACIO

El trabajo que tienen en sus manos tiene un propósito muy claro: conseguir que España avance en la senda que nos lleve a minorar el impacto del VIH como problema de salud pública, comprendiendo todas sus implicaciones sociales y sanitarias, así como individuales y poblacionales.

Esta ambición implica la necesidad de considerar en profundidad los efectos de los determinantes sociales de la salud en las personas con el VIH y abordar las desigualdades sociales existentes con una visión amplia que incluya enfoques intersectoriales, comunitarios y de reducción de condicionantes y barreras que impiden a las personas beneficiarse de toda la innovación y avance del conocimiento en torno al VIH. Sabemos que son los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como el nivel de ingresos, la situación laboral, el género, la orientación e identidad sexual, el nivel educativo, la vivienda y la falta de soporte familiar y social y las políticas públicas, los que están afectando más negativamente al bienestar de estas personas.

La Organización Mundial de la Salud define los DSS como “las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Esas circunstancias sociales inciden sobre el amplio espectro de patologías que afectan a las personas, pero en el caso del VIH son particularmente visibles, ya que aspectos como el estigma y la discriminación han estado asociados a esta patología desde sus primeros diagnósticos.

Así, a nivel global, la criminalización y la estigmatización de los hombres gais, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres (GBHSH), las personas trans, las personas que ejercen el trabajo sexual y aquellas que utilizan drogas, así como la discriminación, incluida la que se da en el sector sanitario, impiden que estos grupos de población clave accedan con facilidad a los servicios de prevención y tratamiento del VIH y conducen con más frecuencia al aislamiento social y al aumento de la vulnerabilidad.

Desde la llegada de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TAR- GA) a mediados de la década de los noventa del siglo pasado, la esperanza de vida de las personas con infección por el VIH ha aumentado de forma espectacular, de tal manera que, en la actualidad, en países de nuestro entorno, se aproxima a la de la población general. Sin embargo, el bienestar a largo plazo de las personas con VIH requiere abordar cuestiones como la multimorbilidad, la calidad de vida relacionada con la salud, el estigma y la discriminación que siguen siendo aspectos esenciales en particular para las personas de colectivos en riesgo o en situación de exclusión social (Lazarus et al, 2021).

Además, la literatura (OMS, 2021) muestra la importancia de las desigualdades sociales y subraya que las personas con el VIH que fallecen tempranamente tienen más probabilidades de tener un nivel educativo inferior a la educación secundaria, estar en situación de desempleo, tener antecedentes de haber estado sin hogar o haber estado encarcelados. También se pone de manifiesto que, pese a los importantes avances científicos en torno al VIH, los factores sociales y estructurales afectan de manera significativa a la salud de las personas con el VIH, en términos de calidad y esperanza de vida.

Asimismo, es primordial abordar los problemas de salud mental y uso problemático de sustancias, los problemas de vivienda, el aislamiento social y las dificultades económicas, y la falta de acceso a una respuesta

asistencial efectiva, factores que, entre otros, son clave para que no se agrave el pronóstico de las personas con el VIH. Además, se precisa de la atención integral, coordinada y centrada en el paciente pues, con el paso de los años, estas personas suelen tener otras enfermedades crónicas que hay que gestionar de forma integral con el propósito de conseguir que tengan vidas más sanas, y puedan prolongar su esperanza de vida en las mejores condiciones. Por último, es muy importante que las personas con el VIH que salen de prisión se mantengan vinculadas a los dispositivos y tengan acceso a los servicios sociales disponibles que les ayuden a seguir recibiendo atención bio-psico-social.

Teniendo en consideración los aspectos mencionados, aspiramos a aportar algunas claves que nos guíen en el propósito de avanzar hacia una “salud no determinada para las personas con el VIH”, es decir minimizar el impacto de los determinantes sociales modificables sobre este colectivo. Así, nos gustaría, muy especialmente, que la Hoja de Ruta que se propone en este documento sea considerada para la mejora de las políticas públicas y de las decisiones de actuación en esta materia que todavía tiene asignaturas pendientes. Esa Hoja de Ruta, como se verá posteriormente, ha sido elaborada a la luz del análisis del discurso de un grupo focal que ha contado con un panel de expertos de primer orden.

Concluimos este prólogo con un profundo agradecimiento a MSD por impulsar esta investigación y a los panelistas que han integrado el grupo focal por compartir de forma generosa su conocimiento con nosotros. A continuación, se detallan sus nombres y filiaciones (en la fecha de realización del grupo focal):

- Pep Coll, Médico de la Unidad de VIH del Hospital Germans Trias i Pujol. Investigador de IrsiCaixa-Instituto de Investigación del Sida;
- Maria José Fuster, Directora Ejecutiva Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA); Profesora de la Facultad de Psicología de la UNED.

- Juanse Hernández, Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH);
- Ana Koerting, Técnico superior División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad;
- Jeffrey Lazarus, Profesor del Instituto de Salud Global y de la Universidad de Barcelona. Investigador en el Hospital Clínic;
- Carmen Martín, Coordinadora de la Asociación Ciudadana Cantabra Antisida (ACCAS);
- Marta Montero, Médico de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario La Fe de Valencia. Miembro del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA);
- Gerjo Pérez, Director de programas y responsable del Área de Salud de Acción Triángulo; y,
- Rosa Polo, Jefa de División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad que actuó como Moderadora.

*Madrid, 10 de abril de 2023,  
Dr. Juan E. del Llano Señarís*

# 01

## CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

Hace cuatro décadas que se diagnosticaron los primeros casos de sida. La ciencia y la medicina han evolucionado y, a día de hoy, ya permiten, por un lado, que las personas con VIH sean pacientes crónicos con una calidad de vida considerable y, por otro, que se controle el número de nuevas infecciones por el VIH.

Sin embargo, perviven desafíos importantes, sobre todo en el ámbito social y económico. Aún, hay estigma, discriminación y desigualdad. Las personas con VIH padecen la condición que afecta de forma más desproporcionada a las poblaciones más desfavorecidas en España (Orueta et al, 2013). Solo este dato ya justifica la necesidad de ponerse a trabajar para la mejora de la equidad en relación con el VIH y supone una constatación de que los tratamientos, la información y las herramientas de prevención no están llegando a las personas que más los necesitan (hombres GBHSH, personas que consumen drogas, personas que ejercen el trabajo sexual, personas trans, presos y migrantes).

Desde las disciplinas que convergen en la salud pública es bien sabido que todas las enfermedades están fuertemente condicionadas por los determinantes sociales de la salud. Estos determinantes son las circunstancias que rodean las vidas de las personas, incluido el sistema sanitario. Los determinantes sociales explican la mayor parte de las inequidades en salud. La distribución de los recursos, el acceso a la educación, el acceso al sistema sanitario, la transmisión de valores y

creencias, y la desigualdad entre hombres y mujeres influyen en todas las enfermedades y, en el caso concreto del VIH, determinan su existencia, el estigma que tiene asociado y la calidad y esperanza de vida de las personas con VIH (Fuster-Ruiz de Apodaca et al, 2018).

Como dice la Directora de ONUSIDA: “Es necesario un nuevo enfoque que reduzca las desigualdades que impulsan la epidemia de sida y ponga a las personas en el centro. Tenemos que priorizar los derechos humanos, el respeto y la dignidad”. La Estrategia Mundial sobre el Sida 2021-2026 de ONUSIDA proporciona una orientación clara para avanzar, pero que requiere adaptación a contextos y realidades muy diversas.

El propósito es claro: conseguir que España avance en la senda que nos lleve a reducir de forma significativa el impacto del VIH como amenaza para la salud pública. Lo cual implica abordar las desigualdades existentes con enfoques intersectoriales, comunitarios y de reducción de condicionantes y barreras que impiden a las personas beneficiarse de toda la innovación y avance del conocimiento en torno al VIH.

Este planteamiento está alineado con el Plan de prevención y control de la infección por el VIH y otras ITS 2021-2030 que se estructura en cuatro objetivos estratégicos basados en la prevención combinada, el diagnóstico precoz, el inicio temprano de los antirretrovirales y el manejo de la cronicidad, y la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas. Y se acompaña de un bloque de elementos transversales: la igualdad de derechos, de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos fundamentales sobre la base del Pacto Social por la No Discriminación e Igualdad de Trato asociada al VIH, la mejora de los sistemas de información sanitaria y la mejora de la gobernanza.

Además, es fundamental tener en consideración el complejo contexto de salud pública a nivel global. En efecto, la situación actual caracterizada por un escenario crepuscular de la pandemia de COVID-19, los

servicios de salud, asistenciales y de salud pública, van a necesitar más que nunca la acción complementaria de otros sectores para garantizar la equidad en salud, tanto en acceso, como en utilización (García-Goñi et al, 2015), calidad de servicios y en resultados obtenidos. La falta de información y las barreras de acceso, reales o percibidas, se ceban en los más vulnerables. El efecto combinado de estigma, vulnerabilidad y pandemia ya se está haciendo notar en cuestiones como la salud mental y la ideación suicida en personas con VIH. Por ello, se hace imprescindible poner el foco en los mismos. Así, prevenir los factores que influyen en la desigualdad y en la vulnerabilidad antes de que se acumulen con el tiempo, colocar las intervenciones en fases tempranas en la parte superior de la agenda política; promover un acceso digno a la vida laboral; romper vínculos bien conocidos entre las desventajas socioeconómicas y la calidad de vida de las personas con infección por VIH; y, desarrollar estrategias para mitigar las desigualdades arraigadas y “cronificadas” (por género, grupos de edad, minorías, entre otras).

Para todo lo anterior, se necesita más información sobre los determinantes sociales de la salud de las personas con el VIH, de tal forma que, permitan orientar las políticas hacia la equidad en salud y tomar mejores decisiones basadas en evidencia y no en estereotipos. Si bien es cierto que de desigualdades en salud sabemos más acerca de los elementos que inciden en las mismas que del modo en que pueden ser corregidas. El aprendizaje sobre los cómo de la implementación es esencial, y en el caso de la infección por VIH, hay un rico ecosistema de activismo y tercer sector testando cómo en las realidades más complejas del cual hay muchísimo que aprender. En definitiva, no nos resignamos a una “salud determinada” más allá de lo marcado por factores inmutables (Del Llano et al, 2022).

Asimismo, es necesario subrayar con especial énfasis que la desigualdad de género es uno de los determinantes que más influyen en los colectivos afectados por VIH y en la transmisión del virus. La relación entre género y VIH es compleja, y está en continua evolución en diversos con-

textos sociales y culturales, que afectan a decisiones de las mujeres sobre cuestiones tan trascendentes como la revelación del estado serológico, la autoestima y la autoaceptación, la consideración de la maternidad, afrontar el VIH como una enfermedad crónica, los cambios en la imagen corporal, o la negociación sobre la actividad sexual (Gol-Montserrat et al, 2018). Por el efecto de esos factores, entre otros, las mujeres con VIH son más vulnerables a los trastornos psicológicos y presentan mayores prevalencias de depresión, de desórdenes relacionados con el estrés y de estigma. En este estigma que experimentan pueden solaparse factores relacionados con la enfermedad, el género, y factores demográficos o culturales. El impacto del estigma y los trastornos psicológicos pueden redundar en una falta de apoyo social, en una mayor vulnerabilidad de las mujeres y, por tanto, en una peor calidad de vida.

La orientación sexual y la identidad de género son también una fuente de vulnerabilidad en muchas partes del mundo debido a la homofobia, la transfobia y otras formas de estigma y discriminación hacia los hombres GBHSH (Fuster-Ruiz de Apodaca et al, 2018).

Estos retos enumerados, no deben empañar algunos logros del Sistema Nacional de Salud (SNS) en relación con las personas con el VIH y la población en general como el acceso generalizado a terapias efectivas y servicios de muy alta calidad junto con el papel amortiguador de desigualdades que desempeña nuestra sanidad pública, tal y como han demostrado Orueta y colaboradores (2013). Las mayores desigualdades en la prevalencia de condiciones crónicas se encuentran en aquellas relacionadas con las prácticas de riesgo, siendo el VIH la que presenta un gradiente más acusado junto con el abuso de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias) (Orueta et al, 2014), existiendo además un elevado consumo de drogas de uso recreativo en hombres GBHSH (Folch et al, 2015; Coll y Fumaz, 2016).

En definitiva, el momento es ahora, no cabe demorar una actuación determinada y enérgica sobre las inequidades que afectan a las personas con el VIH. La pandemia de la COVID-19 ha aflorado profundas desigualdades sociales y económicas que existen en nuestra sociedad, así como la infrafinanciación de los sistemas de salud pública y la fragilidad de las respuestas mundiales y locales cuando son fragmentadas y no coordinadas (Sachs et al, 2022).



## GRUPO FOCAL

El 31 de mayo de 2022 se organizó en Madrid un Grupo Focal con personas expertas procedentes de diversas áreas de conocimiento y de actuación interconectadas por un denominador común: el interés en mejorar la salud, la calidad de vida y bienestar de las personas con el VIH, así como reducir su transmisión y el impacto del VIH en la sociedad en general.

En los subepígrafes siguientes reflejamos la composición del grupo focal, las áreas temáticas abordadas en la discusión, la metodología de análisis, y, por último, el análisis del discurso que nos permite identificar los patrones y ejes temáticos emergentes del grupo focal.

### 2.1. Participantes en el Grupo Focal

Este Focus Group fue moderado por Rosa Polo (jefa de División. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad), a continuación, se relacionan las personas que participaron en el Grupo Focal, sus cargos en el momento de realización del grupo focal y sus perfiles profesionales:

## MODERADORA

### Rosa Polo

Doctora en medicina por la Universidad Complutense de Madrid, Especialista en Medicina Interna con amplia experiencia en infectología. Diplomada en Nutrición, dietética y dietoterapia, experta en nutrición comunitaria. Directora del máster online sobre “Infección por el VIH”. Jefa de División. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad.

## PANELISTAS

### María José Fuster

Doctora en Psicología Social y Máster en Metodología de las Ciencias del Comportamiento y la Salud. Sus líneas de investigación son los problemas psicosociales asociados a la infección por VIH. Tiene una larga trayectoria de activismo y colaboración con ONGS y sociedades científicas que trabajan en el ámbito del VIH. Actualmente, es profesora en el Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones de la UNED y directora ejecutiva de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA).

### Carmen Martín

Coordinadora ACCAS, Asociación Ciudadana Cantabria Anti-Sida, donde ha presidido la entidad de 2007 a 2015. Presidenta EAPN-Cantabria. Red Cantabria de lucha contra la pobreza y la exclusión social (2015-2017). Vicepresidenta (2017-2019). Actualidad secretaria. Secretaria Comisión Ejecutiva CESIDA, Coordinadora Estatal de Sida, (2010-2012). Miembro del Patronato de la Fundación del Movimiento Ciudadano Anti-Sida, FUNSIDA. (2007-2013).

## Gerjo Pérez

Activista por los DDHH, director de la Cinemateca Pedro Zerolo y responsable del equipo de Salud de Acción Triángulo. Coordina programas de intervención y acompañamiento a personas migrantes con el VIH, de servicio de prueba rápida de VIH, de intervención y acompañamiento psicosocial a TMS y a mujeres TTS. Ha impulsado en respuesta a la emergencia social originada por COVID 19 la campaña #La Solidaridad no se Cancela, y desde 2007 proyectos de cooperación relacionados con VIH dirigidos a HSH y mujeres trans en diferentes países de América Latina.

## Jeffrey Lazarus

Codirector del Programa de Infecciones Virales y Bacterianas y jefe del equipo de sistemas de salud del Instituto de Salud Global de Barcelona (IS-Global), así como investigador principal de la CUNY SPH. Es conocido por haber desarrollado el constructo del “Cuarto 90” en el VIH y el enfoque de la microeliminación en la hepatitis viral C. Es copresidente de la Coalición de Resultados del VIH más allá de la supresión viral y autor de más de 300 publicaciones, incluida la declaración de consenso mundial sobre el VIH

## Ana Koerting

Psicóloga Sanitaria y Sexóloga. Máster en Sexología, Máster en VIH, Máster en Infertilidad: Aspectos Psicosociales, Médicos y Legales y Diploma en Salud Pública y Género. Técnica superior externa TRAGSATEC de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad. Profesora de máster de VIH de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, colaboradora del Máster en Sexología: “Educación Sexual y Asesoramiento Sexológico” de la Universidad Camilo José Cela. Formadora y evaluadora de proyectos de intervención e investigación y autora de distintas publicaciones e investigaciones.

## Juanse Hernández

Licenciado en Filología Clásica con la obtención del certificado de Su-ficiencia Investigadora por la Universidad Autónoma de Barcelona. Su labor profesional se desarrolla en el Grupo de Trabajo sobre Tratamien-tos del VIH como coordinador de la entidad y participa de forma activa en la defensa y promoción de los derechos de las personas con el VIH a través de redes comunitarias de ONGS de ámbito autonómico, estatal y europeo. Es miembro del Comité Científico de la Cohorte PISCIS y del Co-mité Científico de la Cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS).

## Marta Montero

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina y Odon-tología de la Universidad de Valencia. Especialista en Medicina Interna formada en el hospital Universitario y Politécnico La Fe. Investigadora principal de la Cohorte VACH en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Investigadora colaboradora de la Red Española de Investigación del Sida (RIS-CoRIS). Colaboradora de The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Miembro de la Sociedad Española de Enfermedades In-fecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), Grupo de Estudio de Sida (GE-SIDA), Grupo de Estudio de Hepatitis Víricas (GEHEP) y Grupo de Estudio de Patología Importada (GEPI), y de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

## 2.2. Áreas temáticas

El desarrollo del grupo focal se centró en el abordaje de las siguientes áreas temáticas:

- ¿Cómo es el mapa de la desigualdad (social, económica, geográfi-ca, cultural, etc.) del VIH en España? ¿Dónde hay que poner el foco?

- ¿Cómo ha afectado la pandemia del COVID-19 a las personas con el VIH más vulnerables?
- ¿Qué intervenciones, programas y políticas son más prioritarias para mejorar la equidad en el VIH?
- ¿Disponemos de órganos intersectoriales para trabajar salud y equidad en el VIH? ¿Cómo podemos avanzar en esta cuestión?
- ¿Cómo se puede ayudar “desde el terreno” a hacer realidad los objetivos del nuevo plan estratégico de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad?

### 2.3. Métodos

Este documento tiene como objetivo iluminar sobre la realidad de la desigualdad en las personas con el VIH. En un sistema cuasi-universal como el SNS español, cabría prever la inexistencia de barreras de acceso a una atención efectiva y de calidad, pero como hemos visto en la justificación del proyecto eso no es así. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se plasman sobre el terreno en barreras de acceso reales o percibidas. Por ello, se emplea como metodología de trabajo una metodología híbrida que combina elementos del grupo focal tradicional con Análisis Colaborativo basado en Expertos [Expert-based Collaborative Analysis] (Gibert et al, 2010) y un marco de análisis inspirado en Levesque y colaboradores (2013).

Este marco teórico conceptualiza el acceso a los servicios de salud en cinco dimensiones: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y acomodación, asequibilidad y adecuación, junto con las cinco habilidades correspondientes de las poblaciones, es decir las capacidades de: percibir, buscar, alcanzar, pagar y participar.

**Barreras para percibir la necesidad.** Percibir la necesidad de atención es a menudo el primer paso en el viaje del paciente y está determinado por sus conocimientos y habilidades individuales (incluida la alfabetización básica en salud), así como por cualquier creencia (cultural) existente sobre salud y enfermedad. Se relaciona también con los esfuerzos del profesional sanitario para dar a conocer sus servicios a sus pacientes y, por ello, con la transparencia, la divulgación, provisión de información y educación sobre los servicios a los colectivos usuarios.

**Barreras para buscar atención.** La búsqueda de atención se relaciona con factores culturales y sociales que afectan los servicios. Se enfoca en si las personas aceptarán servicios que no entren en conflicto con sus valores personales, sociales o culturales para que puedan acceder a ellos sin sentirse inseguras o incómodas. La capacidad de buscar atención médica o social también se relaciona con el concepto de autonomía personal y la capacidad de elegir buscar atención.

**Barreras físicas para acceder a la atención.** En esta dimensión se incluye la capacidad de los y las pacientes para acceder físicamente a los servicios, con base en factores como la movilidad personal (por ejemplo, la presencia de discapacidad, acceso a transporte) y circunstancias externas (por ejemplo, flexibilidad ocupacional). En el contexto de la atención crónica, la disponibilidad de servicios también se refiere a la presencia general de los servicios y profesionales de la salud necesarios, así como a su accesibilidad a los pacientes, tanto derivada de barreras físicas como temporales.

**Barreras económicas para acceder a los servicios y capacidad de pago (asequibilidad).** La asequibilidad se refiere a la capacidad económica de los pacientes para gastar recursos y tiempo con el fin de utilizar los servicios requeridos (por ejemplo, costes directos, costes indirectos y costes de oportunidad). La capacidad de pago de la atención sanitaria se refiere a la capacidad económica de los pacientes para pagar los servicios de atención: pagos y tiempos de espera.

Barreras a la capacidad de participación. Los resultados de salud dependen de la idoneidad de la atención y la capacidad de los pacientes para participar en su proceso de atención. La idoneidad de la atención se refleja en el ajuste entre el tratamiento y las necesidades de los pacientes, su oportunidad y coordinación, y su calidad. La capacidad de los pacientes para participar en el cuidado de su propia salud se relaciona con su involucración en la toma de decisiones y su cumplimiento en la terapia. Esa capacidad de participación va más allá del encuentro clínico, y abarca el diseño de servicios que propicie contextos favorables de atención, coordinación, continuidad de la atención y cooperación interdisciplinaria. Finalmente, alcanza la capacidad de influencia e involucración directa en el diseño de políticas que influyen en la salud de individuos y poblaciones.

## 2.4. Análisis del discurso

Con el propósito de propiciar el inicio del grupo focal, se lanzaron al grupo de panelistas dos preguntas abiertas:

1. ¿Cuáles son los aspectos más destacables en relación con los determinantes sociales y los colectivos más vulnerables?
2. ¿Cuáles son las condiciones sociales que afectan más a las personas con VIH y que impiden llegar a los cuatro objetivos 95 para el 2030 de la OMS?

La respuesta de los panelistas abordó los determinantes sociales estructurales, los intermedios, las barreras de acceso y los perfiles de personas con VIH y a riesgo, ya que uno de los elementos recurrentes en los planteamientos de los panelistas es la existencia de colectivos diferenciados (edad, años con la infección, renta, género, orientación sexual, migrantes, entre otros).

El estigma y la exclusión social se manifiestan como una metabarrera de enorme complejidad y que interrelaciona con todas las barreras contempladas en el marco de análisis. Es, sin duda, uno de los hilos conductores vertebrador del discurso y sobre el cual se estructura gran parte del análisis.

Sin embargo, con carácter previo, hay que mencionar las barreras de carácter administrativo que condicionan el acceso a ciertos servicios y tratamientos. Esas barreras presentan una distribución dispar (de forma recurrente se cita a Madrid como ejemplo de retroceso en esta materia) y afectan en particular a migrantes en situaciones no regularizadas.

### 2.4.1. Desigualdad de acceso

*“La desigualdad de acceso a la atención y al tratamiento entre las CCAA como determinante tiene que abordarse porque es un problema muy importante”.*

*“No solo es importante para las personas con el VIH sino para aquellas a riesgo de adquirirlo precisamente por los determinantes sociales ya mencionados. Las políticas son un determinante porque puede reducir o aumentar las desigualdades. La Estrategia nacional del Ministerio de Sanidad debe ir encaminada a reducir las desigualdades. Tenemos un activismo maravilloso con capacidad de incidir allí donde estén presentes en las administraciones sanitarias, pero no tenemos representación en muchas CCAA porque lo que no existe es un canal de comunicación abierto con las autoridades sanitarias de todas las CCAA”.*

La desigualdad de acceso a servicios y tratamientos es un problema reseñado con especial énfasis y con dos planos diferenciados: barreras de acceso por situación administrativa interpretadas de forma dispar en diferentes CCAA y desigual calidad y disponibilidad de los servicios a los que se accede o potencialmente se puede acceder.

Existe consenso en que la coordinación es mejorable y en la inaceptabilidad de un grado de variabilidad territorial acusado. Las bondades de un sistema descentralizado en diecisiete subsistemas no pueden quedar empañadas por déficits tan palmarios de coordinación, estandarización de calidad de servicio e interpretación normativa. Desde los grupos y asociaciones vinculados al activismo se consigue un efecto moderador o amortiguador de algunas de esas situaciones, pero la fuerza y representatividad del propio movimiento es dispar en las diferentes CCAA.

Paradójicamente se cita la situación de la Comunidad de Madrid donde existe un activismo bien estructurado y, sin embargo, se detectan barreras que impiden a las personas en situación administrativa incierta o fuera de lo ordinario acceder al sistema sanitario, algo que se puso de manifiesto durante la pandemia de COVID-19. Y esta situación, contrario a mejorar, empeora con el paso de los años en opinión de los panelistas. Se citan ejemplos en los que la dificultad en realizar trámites es dependiente del funcionario que recibe el caso y esta variabilidad no debería permitirse, ya que afecta a migrantes y personas en situación de especial vulnerabilidad que se beneficiarían de un acceso más rápido y eficiente a los servicios sanitarios.

### 2.4.2. Estigma y exclusión social

*“La exclusión social es un determinante fortísimo con consecuencias estructurales. Implica falta de participación social, material, acceso a los derechos y está ligado a privación material de moderada a severa”.*

*“... la condición de pobreza y pobreza extrema por la discriminación. La ciudad pequeña y el ámbito rural también son determinantes. Esto implica mayor dificultad de acceso a la empleabilidad. Las mujeres están en mayor condición de pobreza: La falta de acceso a dieta fresca sana, la falta de recursos para costear hábitos saludables o abandono de los no saludables”.*

*“Todos los determinantes son importantes, pero para mí el más importante es el estigma, ser inmigrante y no tener tarjeta sanitaria”.*

*“Intentamos capacitar a los médicos en competencias culturales para que puedan adaptar sus intervenciones a las necesidades de una ciudadanía diversa y así lograr a no juzgar y así mejorar la calidad de la atención y conseguir que la comunicación médico-paciente sea más efectiva”.*

El estigma y su compleja relación con la exclusión y la autoexclusión es el núcleo duro de las desigualdades más sangrantes. El estigma se interconecta con las barreras de percepción de la necesidad, búsqueda de ayuda, barreras económicas y con la falta de participación en círculos viciosos, en muchas ocasiones, que amplifican el impacto.

Esa “omnipresencia” y recursividad configuran al estigma como un verdadero “antivalor” sobre el cual hay que actuar de forma multinivel y multipalanca. Así, en términos generales, todos los panelistas desde sus organizaciones y actividad profesional coinciden que uno de los principales problemas del VIH en España es la estigmatización que, en sus múltiples dimensiones, todavía persiste y se manifiesta en actitudes discriminatorias.

La estigmatización de las personas que han sido diagnosticadas de infección por VIH genera condiciones de vida desfavorables, de inequidad, pobreza y exclusión. La exclusión incluye soledad, pobre participación social y cultural, así como exclusión digital. La exclusión social imposibilita o dificulta el acceso a actividades laborales, educativas, servicios de salud especializados, genera privación material y mayor carga de enfermedad. La privación material incluye bajos sueldos o rentas de subsidio, pensiones no contributivas, rentas sociales básicas e ingreso mínimo vital que se traduce en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

Esto dificulta el acceso al sistema sanitario y a las actividades de prevención y promoción como talleres de rehabilitación, dieta saludable, actividad física, entre otras. Por otro lado, genera condiciones insalubres como vivienda compartida, hacinamiento, necesidad de recurrir al trabajo sexual, consumo de sustancias y otras actividades de riesgo. El problema es mayor para las mujeres, las personas viviendo en ciudades pequeñas o el ámbito rural y para los grupos vulnerables como personas con orientación sexual e identidad de género no normativas, inmigrantes, personas usuarias de drogas y aquellas con una baja renta. La estigmatización lleva a discriminación y en consecuencia las personas con VIH dejan de buscar ayuda por miedo al señalamiento.

### 2.4.3. Estratificación y modelo de atención

*“No todos requieren la misma complejidad de atención. Hay dos grandes perfiles de enfermedad: los que llevan más años de enfermedad, que han sufrido los efectos tanto de la enfermedad como de la toxicidad de los primeros medicamentos antirretrovirales. Son más vulnerables. Menos digitalizados y con menos recursos económicos, etc. El otro perfil son los más jóvenes, nativos digitales, pero con otros problemas: como el chemsex, entre otros”.*

Un tema que destacan los y las panelistas es la necesidad de una visión integral de la persona y de modelos de atención integrados. Por ejemplo, profesionales clínicos y activistas destacan esa necesidad junto con una mayor dotación de recursos económicos y humanos para abordar la problemática de salud mental y los fenómenos emergentes como el chemsex.

Asimismo, subrayan que integralidad, integración y humanización no colisionan con una imprescindible segmentación de los colectivos velando sobremanera que no sea estigmatizadora sino una herramienta de personalización. Resaltan que hay diferentes perfiles de personas con VIH, no todas son iguales y por tanto se requiere estratificar los casos por

niveles de complejidad. Esa complejidad es sanitaria y social y la identificación de grupos de intervención puede beneficiarse de la tecnología (modelos predictivos, por ejemplo) y de la creación de sistemas de información interoperables que incorporen no solo variables sanitarias y sociodemográficas clásicas, sino también las relacionadas con DSS.

Aunque a efectos sintéticos y explicativos se identifican dos grandes grupos. Por un lado, el de hombres jóvenes de diagnósticos más recientes donde la vía de transmisión más frecuente es la sexual, afectando de manera muy importante a los hombres GBHSH y en los que hay una importante representación de personas inmigrantes, fundamentalmente de América Latina.

Otro perfil es el de personas con el VIH mayores de 50 años caracterizadas por una mayor duración de la infección, por una mayor prevalencia de comorbilidades asociadas a la edad y de polifarmacia para tratar las enfermedades crónicas. Son personas que han vivido varios años con la infección, llevan más años expuestos a los efectos del virus y han estado tomando tratamientos con fármacos más tóxicos y polifarmacia. Son perfiles que presentan una mayor demanda de los servicios sanitarios en los que la frecuencia y la complejidad de las comorbilidades precisan unos cuidados multidisciplinarios e integrados.

Adicionalmente, se reflexiona sobre el perfil digital de estos grupos. El segundo es un grupo que en general está menos digitalizado, probablemente lleva más años viviendo con renta baja o ingresos irregulares y por tanto en situación de exclusión social más o menos severa. El otro grupo son las personas con VIH más jóvenes, con menos años desde el diagnóstico de VIH, usando terapias más recientes con una mayor tolerabilidad, probablemente mayor conocimiento de herramientas digitales y que por su edad y perfil están más expuestos al fenómeno del chemsex.

Sin embargo, se insiste en la necesidad de una mayor granularidad para conseguir verdadero outreach de los perfiles más excluidos y vulnerables: sinhogarismo, autoexclusión, trabajo sexual, soledad prolongada, etc. Y eso requiere conectar información de fuentes múltiples.

#### 2.4.4. Formación y competencias digitales

“Sí, efectivamente hay una gran afluencia de nuevos profesionales y eso no es malo. Pero es importante su formación. Más en habilidades sociales y actitudes que en conocimientos. Debemos cambiar el modelo de atención porque las personas que viven con el VIH no se benefician en todo su potencial del actual. Creo que la Salud Pública debe estar más presente en el modelo asistencial del VIH”.

*“Para mí, un determinante es la alfabetización en salud. La implicación del paciente en el proceso de autocuidado y autogestión de salud no puede depender únicamente del individuo. Las autoridades sanitarias tienen la responsabilidad de crear las condiciones idóneas para ofrecer procesos de capacitación y proporcionar a los pacientes conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan mejorar su nivel de alfabetización en salud e implicarse en el autocuidado y poder así tener un mayor control sobre su salud”.*

Conectado con lo anterior, surge un patrón de reflexión sobre las competencias necesarias para la gestión de la infección, tanto por parte de los profesionales como por los pacientes. Se destacan, en particular, las competencias relativas al ámbito digital, en el cual se ven potencialidades, pero también barreras sobre todo para los perfiles de mayor privación material (sin trabajo, bajos ingresos, problemas de vivienda, entre otros) y mayor exclusión también en otras dimensiones. Actualmente, la tecnología forma parte de la mayoría de las actividades cotidianas y, a pesar de que, debería ser un vehículo de practicidad y facilidad, en muchas ocasiones se requiere de un conocimiento técnico en informá-

tica que ciertos subgrupos de la población no tienen. Entonces la alfabetización digital es otro determinante tanto a nivel individual como institucional porque hay gobiernos que no invierten tiempo ni recursos en políticas de promoción, prevención, derechos, acceso y educación en salud. Una de las propuestas para resolver este problema es potenciar la figura de educador par profesional que realiza sus intervenciones tanto en el entorno hospitalario como en el comunitario, así como invertir en más centros comunitarios con cibereducadores y grupos de apoyo con educación continuada que combinen a profesionales sanitarios y pacientes expertos.

En lo relativo a la formación a los profesionales, se reseña que en España no existe la especialidad de Enfermedades Infecciosas y la importancia de fortalecer la educación continuada para todo el personal sanitario involucrado en la atención de las personas con VIH.

Por esta razón, se subraya la importancia de modificar la formación de los y las profesionales de la salud desde los primeros años y de forma longitudinal en el tiempo. Pero un capacitación integral que no sea sólo técnica, sino de sensibilización en cuanto al manejo psicoterapéutico de las personas en situaciones de vulnerabilidad ya que en muchas ocasiones la entrevista profesional no motiva a la persona entrevistada y hay mucha información que se deja de compartir con los profesionales por parte de los pacientes. Habilidades comunicativas que permitan cultivar y fortalecer una relación profesional-paciente efectiva y que sea la base para obtener información de calidad en cuanto a la historia clínica sexual y psicología de la persona. También se debe compartir con los profesionales todos los recursos sociales disponibles en su zona, pues hay muchos que se infrautilizan por desconocimiento y mala comunicación intersectorial o interinstitucional.

En ese modelo nuevo de capacitación, es fundamental la concienciación a profesionales sanitarios respecto al valor que tiene su intervención en la consulta para las personas diagnosticadas con infección

por el VIH. Una intervención efectiva durante las primeras visitas tras el diagnóstico puede cambiar el modo en el que la persona afronta su nueva situación lo que tiene repercusiones positivas en el bienestar emocional.

La cronicidad exige al Sistema Sanitario reorientar los servicios de salud para ofrecer una atención integral y centrada en la persona con el VIH y sus necesidades, que incorpore la prevención de comorbilidades y la promoción de la salud y que afronte los determinantes sociales de la salud para reducir las desigualdades. Un sistema que además está colapsado porque el número de profesionales sanitarios no es suficiente para atender al número de pacientes. Desafortunadamente, el modelo de atención actual no permite a los profesionales indagar sobre todos los problemas del entorno que en el caso de las personas con VIH son muchos. Se estima que el 60% de los profesionales sanitarios que atienden a personas con VIH en España se jubilarán en un horizonte 2025. Un dato preocupante pues los profesionales son una pieza fundamental en la atención de las personas con el VIH. De ahí la urgencia en crear la especialidad de Enfermedades Infecciosas y de aumentar las plazas de enfermería. La enfermería debería ser prioridad pues son el vínculo directo entre el equipo tratante y los pacientes.

Las personas representantes de las organizaciones de base comunitaria señalan que es importante no sólo buscar mejorar el sistema de atención en sanidad, humanización de todos los agentes implicados (funcionarios públicos, profesionales sanitarios, redes de apoyo y centros comunitarios) sino también trabajar desde un enfoque intersectorial para reducir las desigualdades fruto de los determinantes sociales de la y así proteger a las personas en condiciones de vulnerabilidad, evitar futuros casos de infección por VIH.

## 2.4.5. La red de cuidados

*“Es esencial la transversalidad en los proyectos. ONGs, sociedades científicas, ministerios, hospitales, CCAA, profesionales de la salud, educación sexual integrada desde la infancia, pacto social. Trabajar mancomunadamente”.*

Con grados muy diversos de abstracción y de concreción, la red de cuidados está presente en el discurso de los panelistas. Esa red abarca desde las competencias de autocuidado de los pacientes hasta todo el complejo entramado de servicios de la administración y del tercer sector dirigidos a este colectivo. Pese a que hay una percepción de compromiso y alineamiento entre los agentes implicados, se subraya que existen lagunas y obstáculos que muchas veces pasan inadvertidos, no solo desde la perspectiva de prestación de servicios sino también de la de generación de conocimiento. Se enfatiza que la participación de pacientes, personas usuarias y activistas debe estar presente en todos los planos para ayudar a comprender la vivencia de la enfermedad y las circunstancias poniendo a la persona en el centro del debate y la respuesta, tal y como recomienda de manera firme ONUSIDA. En la parte investigadora, se pone de relevancia la importancia de la investigación cualitativa y del action research [investigación de acción], evaluando iniciativas, sobre todo las comunitarias, cuyo impacto es más incierto. Además, la investigación en implementación es clave, pues son los cómo los que plantean más retos que los qué (en los que existe base de conocimiento y estrategias sólidas).

En definitiva, el entendimiento de los contextos, la adecuación y conocimiento de la red de cuidados y la utilización de miradas interdisciplinarias articulan un ámbito frontera de conocimiento donde investigar y, a partir de ahí, diseñar soluciones efectivas y equitativas para esos colectivos que sufren más las disparidades y la discriminación y que si no fuese por la actuación de ONGs quedarían al margen de los servicios formales.



## HOJA DE RUTA

Fruto de las contribuciones de los expertos y del análisis del discurso del grupo focal se plantean una serie de acciones en forma de Hoja de Ruta con el propósito de coadyuvar al avance de las iniciativas institucionales en la materia donde la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DCVIHT) es el referente clave en el impulso y coordinación de las acciones para la eliminación del VIH como problema de salud pública en 2030.

En efecto, la DCVIHT busca el logro de esos objetivos a través de la prevención combinada, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las infecciones, la atención a la cronicidad y la mejora de la calidad de vida, así como la respuesta al estigma y la discriminación asociada al VIH y a otras ITS en España. Para ello, establece cuatro objetivos estratégicos y un bloque de elementos transversales que incorporan la igualdad de derechos, de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos fundamentales sobre la base del Pacto Social, la mejora de los sistemas de información sanitaria y de la gobernanza.

Con el deseo de servir de apoyo a la DCVIHT y como conclusiones de este proyecto de investigación, y a la luz de las contribuciones y consensos alcanzados, se proponen estos objetivos estratégicos con el propósito de que contribuya a la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH:

## 1. Formación y concienciación en Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El significado conceptual de los determinantes sociales de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de OMS incluía los impulsores políticos, económicos y socioculturales de la salud y la inequidad en la salud, así como las condiciones intermedias de la vida diaria, y reunió gran parte del conocimiento global sobre estos determinantes sociales de la salud. Ese conocimiento debe llegar de forma efectiva a los profesionales, a los pacientes y a la ciudadanía. Así, se ha de fomentar su formación, incluyendo el enfoque de género y de DSS, así como las competencias culturales y digitales; e igualmente concienciar a la ciudadanía de que la salud no depende solo de comportamientos individuales y hay que atemperar el efecto de los DSS para reducir las desigualdades en salud.

## 2. Ampliación de la base de evidencia

Basarse en informes gubernamentales, experiencias locales y conocimiento tácito no es el enfoque tradicional de lo que se entiende por evidencia de alta calidad. Así, los estudios de casos, la investigación-acción, los estudios cualitativos y los estudios descriptivos no se suelen considerar fuentes de conocimiento relevante. Afortunadamente, esta visión está cambiando y se dan las circunstancias para una ampliación de las fuentes de evidencia e interconexión de saberes que permita profundizar en los DSS en las personas con VIH. Existe, por lo tanto, la necesidad de ampliar la base de conocimientos sobre los DSS, evaluar las medidas adoptadas y, de manera crítica, desarrollar una base de conocimiento de efectividad probada.

### 3. Potenciar las sinergias de todos los agentes de cambio y profesionales sanitarios implicados

Se requiere innovar en alianzas y modelos de gobernanza que permitan adquirir granularidad en la intervención (las personas con mayor necesidad y vulnerabilidad están, en muchas ocasiones, fuera del radar de los servicios “estándar”). Esto evoca la conocida afirmación de que es necesaria una arquitectura compleja para abordar problemas complejos de forma sostenible. Aunque, en líneas generales, la respuesta al VIH en España puede ser considerada una buena práctica de cooperación multi-agente, en la práctica quedan oportunidades aún de maximizar sinergias entre las organizaciones de base, los servicios clínico-asistenciales y los responsables de planificación.

### 4. Las organizaciones comunitarias como fuentes de aprendizaje

Las organizaciones de la sociedad civil enfocadas en la población con el VIH son percibidas como agentes enormemente valiosos con una capacidad de respuesta local, pero su potencial como nodos de información y fuentes de aprendizaje de las realidades micro ha de ser fortalecido, siendo una fuente inestimable de lecciones sobre outreach, participación comunitaria, sensibilización y generación de alianzas iniciativas de la sociedad civil y los servicios “formales” (sanitarios y sociales).

### 5. Sistemas de información poblacionales e interoperables

La importancia de la obtención de más y mejores datos, dado que la recogida de variables sociodemográficas en los sistemas de información en salud actuales se considera escasa. Una de las principales herramientas mencionadas para la obtención de datos en relación con DSS es la Encuesta Nacional de Salud, mencionando también las encuestas de salud autonómicas. Se señalan grupos de población en los que la información

recogida es insuficiente; por ejemplo, las poblaciones de difícil acceso, como los inmigrantes. Se podría mejorar la recogida de variables étnicas, religiosas, de ocupación, educación, geolocalización o nivel socioeconómico. Disponer de sistemas de información poblacionales e interoperables es clave para avanzar en una transformación digital efectiva y equitativa.

## 6. Transformación digital

La transformación digital ha llegado al sector salud y ofrece grandes oportunidades: inteligencia artificial, big data, estratificación y personalización de la atención, modelos de atención no presencial, entre otras muchas. Su despliegue ha de tener en cuenta que no conlleve nuevas barreras, sino al contrario que esta transformación permita mejorar el acceso a ciertos colectivos. Hay que avanzar hacia unos “cuidados de precisión” con enfoque sociosanitario. En ese sentido, el auge del uso de la telemedicina está permitiendo un seguimiento más cercano de pacientes, a la vez que proporciona información más precisa de las enfermedades y de las preferencias de las personas usuarias. En este contexto, es fundamental intensificar la formación en las tecnologías de la información tanto de profesionales de salud como de las personas usuarias, para evitar la brecha digital y transformar una potencial barrera en una oportunidad de mejora de la equidad.

## 7. Evaluación e implementación de estrategias efectivas

Como parte del análisis de la evidencia, más allá de la comprensión de los DSS, se necesitarán herramientas de monitorización que evalúen de forma sistemática las políticas implementadas para el trabajo sobre desigualdades en VIH. Esta evaluación se beneficiará del uso de indicadores específicos establecidos de manera intersectorial, estableciendo un perfil de equidad en salud a nivel nacional. En ese sentido, es necesario intensifi-

car el trabajo en áreas que, si bien no están directamente relacionadas con la salud, tienen impacto en ella. Otras áreas con potencial para establecer políticas e iniciativas que permitan reducir las desigualdades en salud son la educación, garantizando el acceso universal para una mayor formación en prevención y en salud; la diversidad, fomentando la plena inclusión de las personas independientemente de su etnia o género; o la pobreza, que afecta a otros dominios vitales como la alimentación o la vivienda.

Para mejorar el análisis de los determinantes sociales de la salud y la consecuente formulación de políticas de salud, es necesario clarificar las percepciones de la sociedad acerca de su concepción de salud y bienestar Lazarus et al, 2023. En ese sentido, se insiste en la realización de procesos participativos, que incorporen a la ciudadanía en la co-creación de la formulación de las políticas y en los procesos de toma de decisiones; de este modo, se podrá trabajar conjuntamente en el desarrollo de acciones que promuevan la salud y reduzcan las desigualdades, así como evaluar las repercusiones de las políticas públicas sobre la salud de las personas. Esta colaboración contribuirá a perfilar la definición de problemas, para trabajar en alianzas que permitan influir en ellos y en su contexto.

## 8. Visión sociosanitaria integral e integrada

Sobre el acceso a la atención de la salud, los estudios que evalúan el patient journey [viaje del paciente] pacientes, a menudo se centran en los eventos de atención como unidad básica de análisis en lugar de una atención integrada sociosanitaria y centrada en el paciente considerando la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes de la salud. Es, por ello, fundamental incorporar este enfoque integral e integrado sobre todo en las personas con multimorbididades donde los focos de necesidad son múltiples y pueden parecer “desconectados” del VIH. En particular, la salud mental es una cuestión que requiere un especial énfasis, junto con los factores sociales que influyen sobre los hábitos preventivos y el acceso a las redes asistenciales y de cuidados.

En síntesis, reflejamos esta Hoja de Ruta en el siguiente gráfico:



Gráfico 1.- Hoja de ruta hacia la Equidad en VIH

## 04 CONCLUSIONES

Trabajar para lograr una mayor equidad para las personas con VIH es totalmente prioritario; y requiere el abordaje de las necesidades no cubiertas de las personas con este virus, con especial atención a aquellas poblaciones más vulnerables, sus necesidades y los obstáculos con los que se encuentran. Para ello, es fundamental mantener y reforzar el trabajo que ya se hace desde la Administración, las ONGs y los profesionales sanitarios, e incorporar a otros agentes para amplificar el impacto.

Esta línea cuenta además con un importante respaldo como es la Estrategia mundial contra el VIH de ONUSIDA, que tiene entre sus objetivos encaminar a todos los países y comunidades hacia el fin de la epidemia de VIH como amenaza para la salud pública antes de 2030. Para hacer frente a esta realidad, resulta vital, por una parte, estimular la participación de las personas con VIH y de los colectivos que les representan; y, también, trabajar en la respuesta al estigma y la discriminación asociada al VIH, así como en la eliminación de barreras legales y sociales relacionadas con los derechos que puedan dificultar su acceso a los servicios de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, asistencia y apoyo.

A pesar de los enormes avances conseguidos en los últimos años, aún quedan importantes retos que se reflejan en el Plan de Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS 2021-2030 en España, en el que se establecen cuatro objetivos estratégicos basados en la prevención, el diagnóstico precoz, el inicio temprano de los antirretrovirales y el

manejo de la cronicidad, y la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH. Y se acompaña de un bloque de elementos transversales: la igualdad de derechos, de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos fundamentales sobre la base del Pacto Social, la mejora de los sistemas de información sanitaria y la mejora de la gobernanza.

Esta Hoja de Ruta busca aportar algunas claves para afrontar los retos y necesidades existentes incorporando la mirada de los DSS y destacando la importancia de poner el foco en la multimorbilidad, la discriminación y la calidad de vida relacionada con la salud. Confiamos en que sea una herramienta útil de guía e inspiración para todos los actores interesados en la materia.

# 05

## BIBLIOGRAFÍA

Coll, J., Fumaz, C.R. (2016) Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. Rev Enf Emerg. 2016;15(2):77-84.

Del Llano, J. et al. (2022). Por una salud no determinada. Una Hoja de Ruta hacia la equidad en salud. Fundación Gaspar Casal

Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J (2015). Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Med Clin.145(3):102-7.

Fuster-Ruiz de Apodaca, M.J., de Benito, E., Poveda, A., Rohlf, I., & Sampedro, E. (2018). Social dimension of HIV and state response. Dimension social del VIH y respuesta estatal. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica (English ed.), 36 Suppl 1, 10–14.

García-Goñi, M., Nuño-Solinís, R., Orueta, J. F., & Paolucci, F. (2015). Is utilization of health services for HIV patients equal by socioeconomic status? Evidence from the Basque country. International Journal for Equity in Health, 14, 110.

Gibert, K., García-Alonso, C., & Salvador-Carulla, L. (2010). Integrating clinicians, knowledge and data: expert-based cooperative analysis in healthcare decision support. *Health research policy and systems*, 8, 28.

Gol-Montserrat, J., et al. (2018). VIH en España 2017: políticas para una nueva gestión de la cronicidad más allá del control virológico. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e201809062. Epub 06 de septiembre de 2018.

Lazarus, J. V., Safreed-Harmon, K., Kamarulzaman, A., Anderson, J., Leite, R. B., Behrens, G., Bekker, L. G., Bhagani, S., Brown, D., Brown, G., Buchbinder, S., Caceres, C., Cahn, P. E., Carrieri, P., Caswell, G., Cooke, G. S., Monforte, A. D., Dedes, N., Del Amo, J., Elliott, R., ... Waters, L. (2021). Consensus statement on the role of health systems in advancing the LONGs-term well-being of people living with HIV. *Nature communications*, 12(1), 4450.

Lazarus, J. V., Van Hout, M. C., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., Brown, G., & Guaraldi, G. (2023). A call for health systems to monitor the health-related quality of life of people living with HIV. *HIV medicine*, 24(2), 107–110. <https://doi.org/10.1111/hiv.13427>

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 18.

OMS (2021). *State of inequality: HIV, tuberculosis and malaria*. Geneva: World Health Organization.

Orueta, J. F., García-Álvarez, A., Alonso-Morán, E., Vallejo-Torres, L., & Nuño-Solinis, R. (2013). Socioeconomic variation in the burden of chronic conditions and health care provision—analyzing administrative individual level data from the Basque Country, Spain. *BMC Public Health*, 13, 870.

Orueta, J. F., García-Álvarez, A., García-Goñi, M., Paolucci, F., & Nuño-Solinís, R. (2014). Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the Basque Country: a population based study using health administrative databases. *PloS one*, 9(2), e89787.

Sachs, J. D., Karim, S., Akin, L., Allen, J., Brosbøl, K., Colombo, F., Barron, G. C., Espinosa, M. F., Gaspar, V., Gaviria, A., Haines, A., Hotez, P. J., Koundouri, P., Bascuñán, F. L., Lee, J. K., Pate, M. A., Ramos, G., Reddy, K. S., Serageldin, I., Thwaites, J., Michie, S. (2022). The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet* (London, England), 400(10359), 1224–1280.

Con la colaboración de:

