



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

# ESTUDIO VIHAP

## IMPLEMENTACIÓN DE LA OFERTA RUTINARIA DE LA PRUEBA DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA

Informe Final

Diciembre 2016

**AUTORES:**

**Grupo de Trabajo VIHAP**

Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar, Olivia Castillo Soria, Émely García-Carrasco, María del Mar Andreu, Fernando Lozano de León, Carmen Zamora, Valentín Esteban, Consuelo Ramírez Sampedro, Arantxa Arrillaga, Mónica Morán Arribas, Eva Martínez, Lourdes Capote, Rosa Aranguren, Margalida Ordinas, José Antonio Taboada.

**Profesionales Sanitarios de Atención Primaria** que han participado en la recogida de datos por Comunidades Autónomas y Centros de Salud (ver Anexo II)

**Colaboradores de las Comunidades Autónomas**

Carmen Quiñones, Carles Barres Giménez, Domingo Núñez Gallo, Estibaliz Alonso, María Felicitas Domínguez Berjón, Myrian Pichiule Castañeda, María del Carmen Álvarez Castillo, Jenaro Astray Mochales, Josefina Belda Ibáñez, Pep Trullén Gas, Ignacio Alastrue Loscos, Javier Cereijo, Milagros Prieto Guerrero, Juan Vergara Hernandez, Carlos González Alvarez, Joaquín Torres Moreno, Antonio Morillo Castro, Miguel A. Fernández Cantalejo, Manuel Ramírez Raya, Carmen Navea Tejerina, Josefa Sampedro Fernández, Miguel Ángel Rodríguez Alcázar, Mercedes Torras, Salvador Cuesta Toro, Ignacio Pajares Bernaldo de Quirós, Miguel Ballesta García, María Botella Romero, Bernardo Herrera García.

Un especial agradecimiento a Sonia Velasco, a María Elena Sanz y a todos los profesionales de Atención Primaria y de las consejerías de sanidad de las Comunidades Autónomas que han participado y que han hecho posible la consecución de este proyecto.

Citación del Documento sugerida: Grupo VIHAP. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.  
IMPLEMENTACIÓN DE LA OFERTA RUTINARIA DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	4
2.	OBJETIVOS .....	6
	2.1. Objetivo General .....	6
	2.2. Objetivos Específicos .....	6
3.	MATERIAL Y METODOS .....	7
4.	RESULTADOS.....	14
	4.1. Porcentaje de Cumplimentación de las Variables de Estudio .....	17
	4.2. Sexo .....	17
	4.3. Orientación Sexual.....	18
	4.5. Edad.....	18
	4.6. País de Origen .....	20
	4.7. Prueba Previa .....	21
	4.7. Aceptabilidad de la Prueba .....	24
	4.8. Resultado Prueba Actual.....	24
	4.9. Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual, Conductas de Riesgo y Seguimiento. ..	25
	4.10. Rendimiento de la Prueba .....	26
5.	DISCUSIÓN .....	27
6.	CONCLUSIONES.....	30
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	32
8.	ANEXOS.....	35
	ANEXO I. CCAA y centros y profesionales participantes en el estudio .....	35
	ANEXO II. Listado de profesionales sanitarios de Atención Primaria participantes.....	36
	ANEXO III. Países de alta prevalencias de VIH según ONUSIDA.....	38
	ANEXO IV. Algoritmo de realización de la prueba .....	39
	ANEXO V. Algoritmo de oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria .....	40
	ANEXO VI. Formulario de recogida de datos .....	41
	ANEXO VII. Información al paciente y consentimiento para participar en el estudio piloto .....	42
	ANEXO VIII. Informe del Comité de Ética .....	43
	ANEXO IX. Niveles de confidencialidad de la información.....	44

## LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

### Tablas:

Tabla 1. Número de los registros en el total de Comunidades Autónomas participantes.....	15
Tabla 2. Frecuencia de los registros válidos por Comunidades Autónomas. ....	17
Tabla 3. Frecuencia de los registros válidos por provincias. ....	17
Tabla 4. Frecuencia de la cumplimentación de los registros según variable.....	18
Tabla 5. Distribución de los registros según sexo.....	18
Tabla 6. Distribución de la orientación sexual en la población de estudio.....	19
Tabla 7. Media y mediana de edad por Comunidad Autónoma.....	19
Tabla 8. Media y mediana de edad por sexo en la población de estudio.....	20
Tabla 9. Distribución de la muestra por grupos de edad.....	21
Tabla 10. Procedencia de los nacidos fuera de España .....	22
Tabla 11. Porcentaje de pruebas previas de VIH según CCAA, sexo, edad y lugar de nacimiento.....	23
Tabla 12. Características de los casos positivos.....	24
Tabla 13. Prevalencia esperada y prevalencia observada .....	25
Tabla 14. Edad media y mediana de los casos positivos.....	25

### Figuras:

Figura 1. Diagrama de flujo de la muestra del estudio.....	16
Figura 2. Distribución de la muestra por grupos de edad y sexo.....	20
Figura 3. Distribución de la muestra según país de nacimiento.....	21
Figura 4. Porcentaje de prueba previa por sexo.....	22
Figura 5. Porcentaje de Prueba previa por lugar de nacimiento.....	22

## 1. INTRODUCCIÓN

En España existen aproximadamente unas 150.000 personas con infección por VIH, lo que supone una prevalencia global de 4 adultos por cada 1.000 personas<sup>1</sup> y se estima que un 25% de las personas que viven con el VIH en España, no están diagnosticadas<sup>2,3</sup>.

En los últimos años, la tendencia global de los nuevos diagnósticos se mantiene estable, se notificándose aproximadamente unos 10 casos nuevos de VIH al día<sup>3</sup>. Sin embargo, uno de los principales retos de la respuesta a la epidemia del VIH es conseguir disminuir el retraso diagnóstico. Según el *Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH)* se considera **diagnóstico tardío** la presencia de una cifra de linfocitos CD4 inferior a 350 células/ $\mu$ l en la primera determinación tras el diagnóstico y **enfermedad avanzada** la presencia de una cifra inferior a 200 células/ $\mu$ l<sup>3</sup>.

Aunque en nuestro país la prueba del VIH es accesible, gratuita y confidencial, según el último informe de vigilancia epidemiológica publicado en noviembre de 2015 (correspondientes a los datos de 2014), el 46,2% de las personas diagnosticadas de infección por VIH, presentaba diagnóstico tardío y el 27,7% enfermedad avanzada<sup>3</sup>.

Es un hecho aceptado que el diagnóstico precoz de la infección por VIH reduce la morbimortalidad de los pacientes. Las personas con infección por VIH que desconocen su situación no pueden beneficiarse del tratamiento antirretroviral (TAR), por ello tienen mayor riesgo de desarrollar sida y su mortalidad se ve aumentada con respecto a las personas que acceden al diagnóstico y al tratamiento eficaz tempranamente. Además, el coste del tratamiento y cuidado de los pacientes es muy superior cuando se diagnostica la infección de forma tardía<sup>4-6</sup>. La tasa de transmisión del VIH es 3,5 veces mayor entre las personas que desconocen su estado serológico que entre las ya diagnosticadas<sup>7,8</sup>. Algunos estudios indican que las personas que viven con el VIH y desconocen su estatus serológico, son responsables de al menos el 54% de las nuevas infecciones, y que el TAR reduce drásticamente los casos de transmisión del VIH en parejas serodiscordantes<sup>7-9</sup>.

Es esencial que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de que cualquier persona expuesta a prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es prioritario diagnosticar la infección lo antes posible.

La implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en las consultas de Atención Primaria como intervención de salud pública, que se presenta en este Informe, se enmarca en el “*Plan Estratégico de Prevención y control de la infección por VIH y otras ITS, (PEVIH-ITS) 2013-2016*”<sup>11</sup>, en su Objetivo 5: “Fomentar el diagnóstico precoz”, y sus correspondientes recomendaciones de acción:

- 5.1.2. *Desarrollar el protocolo de implementación de las Guías de Recomendaciones de Diagnóstico Precoz.*
- 5.1.3. *Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia del diagnóstico precoz del VIH y otras ITS.*
- 5.1.4. *Incrementar la oferta de la prueba de VIH en todos los niveles y especialidades asistenciales, fundamentalmente en Atención Primaria*

La “*Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario*”<sup>12</sup>, coordinada por el Plan Nacional sobre el Sida (PNS), publicada en abril de 2014, sienta las bases para fomentar la realización de la prueba del VIH en la población general y aporta recomendaciones específicas para la indicación de la prueba del VIH con el objetivo de disminuir el número de personas con infección por VIH no diagnosticadas.

Entendemos por factibilidad, la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos de un proyecto, siendo la primera etapa para implantar una intervención<sup>13,14</sup>. En el ámbito de la epidemiología, se puede definir la factibilidad como la posibilidad de llevar a la práctica un procedimiento, programa, medida de control e intervención, con los medios estructurales, humanos y económicos disponibles.

Por todo lo expuesto anteriormente, se planteó la realización de este estudio cuyo principal objetivo es evaluar la factibilidad de la puesta en marcha de la oferta rutinaria de la prueba de detección de VIH en Atención Primaria, como paso previo a la implantación generalizada de la misma en este ámbito asistencial.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

- Evaluar la factibilidad de la implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica de VIH en Atención Primaria.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Cuantificar el número de nuevas infecciones por VIH detectadas en la población en estudio.
- Identificar el perfil de los pacientes con resultado positivo.
- Cuantificar la aceptabilidad de la oferta de la prueba.
- Determinar el rendimiento de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria.

### 3. MATERIAL Y METODOS

**Tipo de estudio:** observacional descriptivo transversal de intervención comunitaria.

**Ámbito:** El estudio se llevó a cabo en Centros de Salud de Atención Primaria de ocho Comunidades Autónomas (CCAA). Cada una de las CCAA participantes determinó en su territorio las provincias y los centros de Atención Primaria que consideraron de especial interés para la implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica de VIH, y en algunos de los casos, se realizó de forma aleatoria entre los centros que pertenecen a zonas básicas con alta incidencia de VIH. Las CCAA, los Centros de Salud y los profesionales participantes, se muestran en el **Anexo I** y en el **Anexo II**.

**Período de estudio:** La implementación de la oferta rutinaria de la prueba de detección de VIH se inició en noviembre de 2014 y se realizó de forma continuada durante seis meses, en el periodo comprendido entre noviembre de 2014 y marzo de 2016.

**Población de estudio:** Se incluyeron de forma sistemática todos los pacientes que acudieron a las consultas de Atención Primaria en los Centros de Salud seleccionados, durante el periodo de estudio, a los que por cualquier motivo se les indicó una extracción de sangre y reunían los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:**
  - Ser sexualmente activo
  - Tener entre 20 y 59 años
- **Criterios de exclusión:**
  - Tener un diagnóstico previo de infección por VIH
  - Presentar criterios clínicos de infección por VIH/sida
  - Proceder de países de alta prevalencia de VIH (**Anexo III**)
  - Embarazadas (se incluirán en programa de embarazo)
  - Tener realizada una prueba de VIH en el último año

## Procedimiento de Recogida de datos

- El grupo de trabajo del Estudio VIHAP coordinado desde el Plan Nacional sobre Sida, diseñó un protocolo y una metodología del estudio. La implantación fue consensuada con los responsables de las Comunidades Autónomas participantes.
- A su vez, se diseñó y elaboró una presentación con el objetivo informar y formar sobre el VIH, la prueba diagnóstica, la oferta rutinaria, y sobre el estudio, a los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Dicha formación se incluyó en los planes de formación continuada de Atención Primaria de las Comunidades Autónomas participantes.
- Para ofertar la prueba se utilizaron los mismos criterios previamente publicados en el Algoritmo de oferta de la prueba (**Anexo IV**) de la *“Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario”*, excepto el criterio de incluir únicamente aquellas provincias con tasas de nuevos diagnósticos por encima del percentil 75 en este grupo de edad, calculado durante los últimos tres años a nivel nacional.
- Los profesionales sanitarios participantes ofertaron la prueba diagnóstica a aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión referidos, explicando brevemente los beneficios de hacerse la prueba al menos una vez en la vida y los objetivos del estudio. Se les informaba sobre la prueba diagnóstica y su significado, obteniendo el consentimiento escrito del paciente, en caso de participación en el estudio y el verbal para la realización de la prueba.
- En los casos en los cuales el resultado de la prueba fue positivo, se solicitó la confirmación de la misma y en los casos confirmados, se ofertó consejo post-prueba al paciente y se le derivó según protocolo (**Anexo V**).

- Los profesionales sanitarios, tanto de medicina como de enfermería, participantes en el estudio, recogieron datos socio-demográficos y antecedentes médicos de cada paciente al que se le realizó la prueba cumplimentando el formulario diseñado ad-hoc (**Anexo VI**), a partir de la historia clínica. El formulario se ofreció en distintos formatos para facilitar su cumplimentación (Excel, Access o en papel), en las distintas CCAA participantes.

### Aspectos éticos y legales

- Se diseñó una hoja resumen con información para el paciente y el consentimiento informado para participar en el estudio piloto, que cada una de las comunidades autónomas adaptó a sus circunstancias, para así facilitar la oferta a los profesionales sanitarios. (**Anexo VII**).
- El 24 de noviembre de 2014 el Comité de Ética de la investigación del Instituto de Salud Carlos III emitió un informe favorable para la realización del estudio necesario como paso previo a la implementación de la oferta (**Anexo VIII**).
- En todo momento, se garantizó la confidencialidad de los datos y el tratamiento de los mismos según la legislación vigente: *Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*<sup>12</sup> y *Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, (LOPD)*<sup>16</sup>.
- La confidencialidad de la información recogida se definió a tres niveles de manera que solo el primer nivel, Atención Primaria, disponía de los datos de identificación de los pacientes para garantizar la confidencialidad. (**Anexo IX**).

### Indicadores para cuantificar la factibilidad

La factibilidad de la implementación de esta intervención de salud pública, se ha evaluado a través de indicadores indirectos como la existencia de recursos humanos, medios técnicos, recursos económicos y estructurales suficientes para llevar a cabo esta medida.

## Variables de estudio:

### Variables Administrativas

- Fecha de consulta: Día/Mes/Año
- Centro de salud: Listado
- Comunidad Autónoma: Código INE
- Provincia: Código INE
- Municipio: Listado
- Identificación del Médico

### Variables Sociodemográficas

- Identificación del paciente: solo en el Centro de Salud
- Edad en años: 20-59
- Sexo: Hombre/Mujer/Otros
- Orientación sexual: Heterosexual/Homosexual/Bisexual/Otros
- País de origen: Listado de países
- Año de llegada: en caso de nacidos fuera de España

### Variables Clínicas

- Prueba Previa VIH:
  - Año última prueba
  - Resultado prueba previa: Positivo/Negativo
- **Realización de prueba diagnóstica actual**
  - Consentimiento: Sí/No
  - Resultado de la prueba: Positivo/Negativo
  - Prueba de Confirmación : Positivo/Negativo
- **En caso de resultado positivo confirmado**
  - Antecedentes de ITS en el último año:
    - Sífilis: sí/no
    - Gonococia: sí/no
    - Candidiasis: sí/no
    - Linfogramuloma venéreo: sí/no
    - Hepatitis B: sí/no
    - Hepatitis C: sí/no
    - Herpes genital: sí/no

- Condiloma acuminado: sí/no
- Otras: especificar
- Conductas de riesgo: Sí/No
  - Usuarios de drogas inyectadas (UDI), otras drogas
  - Ejercicio o usuario de prostitución
  - Relaciones sexuales sin protección: siempre, ocasionalmente, nunca
  - Número parejas sexuales último año
- Seguimiento (Laboratorio)
  - Determinación de CD4/ $\mu$ l:
    - < 200 CD4/ $\mu$ l
    - 200 a 349 CD4/ $\mu$ l
    - $\geq$ 350 CD4/ $\mu$ l
  - Carga viral: número copias/mL

## Análisis

La recogida de datos se realizó siguiendo la estructura del formulario diseñado a tal fin y facilitado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([Anexo VI](#)), a partir de la información disponible en cada Comunidad Autónoma.

El Plan Nacional sobre Sida elaboró tres informes a partir de los de datos enviados por las CCAA para la correcta monitorización del estudio piloto: al mes del inicio del estudio; a los tres meses y al finalizar periodo definido, es decir a los seis meses. Esta metodología permitió detectar y corregir dificultades y obstáculos antes de la finalización del estudio.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas en la muestra, se calcularon las frecuencias y los porcentajes de las variables cualitativas, así como la media y la mediana, desviación típica y el rango intercuartílico de las variables cuantitativas. La comparación de las variables cualitativas, se realizó mediante el test de ji cuadrado de Pearson o el test de Fisher en caso de observaciones menores de cinco, y para las variables cuantitativas, se utilizaron los estadísticos t-Student para comparación de dos medias y el análisis de ANOVA para comparar más de dos medias. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

El análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics 21<sup>®</sup>, y las figuras y tablas presentadas en este informe se realizaron utilizando el paquete Microsoft Excel<sup>®</sup>.

### **Limitaciones:**

En primer lugar, el VIHAP es un estudio de evaluación de una intervención de salud pública, cuyo principal objetivo es la factibilidad de la implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en las consultas de Atención Primaria.

Las principales limitaciones metodológicas a tener en cuenta para interpretar los resultados son las siguientes:

- Selección de la muestra:
  - Selección de las CCAA: Han participado las CCAA que voluntariamente han expresado su interés, independientemente de las tasas de nuevos diagnósticos.
  - Selección de los Centros de Salud: los Centros de Salud participantes han sido elegidos a criterio de la CCAA. Únicamente en la Comunidad de Madrid la selección se ha realizado de forma aleatoria, entre los centros de salud que pertenecen a zonas básicas de salud con alta incidencia de VIH.
  - Selección de los profesionales: una vez seleccionados las CCAA y los centros de salud la participación de los profesionales ha sido voluntaria entre todos aquellos que recibieron la formación específica para participar en el estudio.
  
- La muestra del estudio fue una muestra de tipo oportunista, puesto que se incluyeron los pacientes que asistieron a las consultas de atención primaria de los médicos participantes, reunían los criterios de inclusión durante el periodo del estudio, y aceptaron participar.
  
- Falta de información completa: Solo dos comunidades no obtuvieron la información completa individualizada de los pacientes a los que se les había ofertado la prueba. Estas comunidades solamente facilitaron el número de pruebas ofertadas y el número de pruebas reactivas, por tal motivo, no se dispone de esta información completa de estas CCAA en el análisis.

- Otros posibles sesgos que se han detectado a la hora de analizar los datos han sido:
  - Sesgo de Recuerdo: las mujeres que han sido madres o han estado embarazadas, no recuerdan que en el protocolo de cribado de la embarazo desde los años 90 está incluida la prueba del VIH junto con otras serologías, como la de sífilis o de toxoplasma.
  - Sesgo de Selección poblacional: hay que tener en cuenta que los resultados de este estudio únicamente hacen referencia a la población que frecuenta las consultas de Atención Primaria; pero no toda la población, ni todos los rangos de edad lo hacen por igual. Por tanto, es muy importante estratificar la muestra por sexo, edad y características principales.

## 4. RESULTADOS

Los resultados de este informe corresponden al análisis de los datos recogidos desde noviembre de 2014 hasta el 31 de marzo de 2016. Han participado un total 265 profesionales sanitarios de 36 centros de salud (ANEXO I) correspondientes a ocho Comunidades Autónomas: Andalucía, Baleares, Canarias, Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, País Vasco y La Rioja y se han notificado un total de 5.624 pruebas de VIH realizadas.

**Tabla 1. Número de los registros en el total de Comunidades Autónomas participantes.**

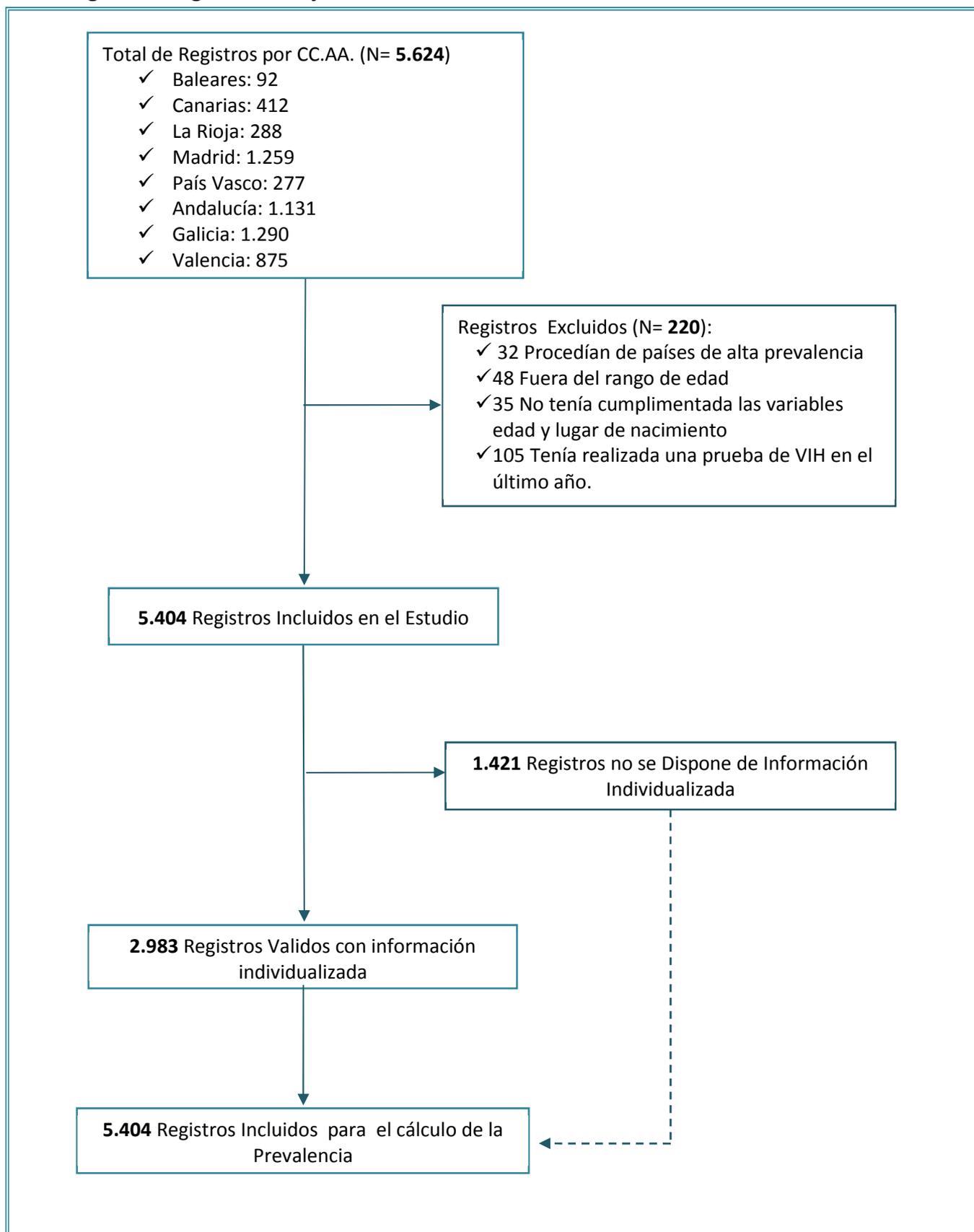
COMUNIDAD AUTÓNOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Baleares	92	1,6
Canarias	412	7,3
La rioja	288	5,1
Madrid	1.259	22,4
País vasco	277	4,9
Andalucía	1.131	20,1
Galicia	1.290	22,9
Valencia	875	15,6
<b>Total</b>	<b>5.624</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

Del total de registros notificados, se han excluido del análisis descriptivo un total de 220 registros por no cumplir los criterios de inclusión: 32 personas procedían de países de alta prevalencia, 48 se encontraban fuera del rango de edad, 35 no tenía cumplimentadas las variables edad o lugar de nacimiento y 105 tenían realizada una prueba en el último año. Por lo tanto, se han incluido para calcular la prevalencia un total de 5.404 registros que cumplían los criterios. (Figura 1).

Una vez agrupadas todas las bases de datos de las CCAA, no se dispone de información individualizada de las CC.AA. de Andalucía y Galicia y finalmente se han analizado un total de 2.983 registros válidos.

**Figura 1. Diagrama de flujo de la muestra del estudio.**



**Tabla 2. Frecuencia de los registros válidos por Comunidades Autónomas.**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Baleares	85	2,8
Canarias	377	12,6
La Rioja	280	9,4
Madrid	1.191	39,9
País Vasco	263	8,8
Valencia	787	26,4
<b>Total</b>	<b>2.983</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

La distribución de los registros válidos por provincias fue la siguiente:

**Tabla 3. Frecuencia de los registros válidos por provincias.**

PROVINCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alicante	376	12,6
Baleares	85	2,8
Bizkaia	263	8,8
Castellón	85	2,8
La Rioja	280	9,4
Las Palmas	232	7,8
Madrid	1.191	39,9
Santa Cruz de Tenerife	145	4,9
Valencia	326	10,9
<b>Total</b>	<b>2.983</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

#### 4.1. Porcentaje de Cumplimentación de las Variables de Estudio

Sobre el total de registros correspondientes a las CCAA que reportaron datos individualizados, las variables “fecha de consulta”, “edad” y “país de origen” fueron las que presentaron mayor porcentaje de cumplimentación con un 100%, una vez excluidos los registros que no disponían de esta información, clave para determinar los criterios de inclusión. Las que presentan un menor porcentaje de cumplimentación fueron las variables “orientación sexual” y “fecha de llegada a España” (en las personas nacidas fuera de España), con el 64,1% y 48,5%, respectivamente.

**Tabla 4. Frecuencia de la cumplimentación de los registros según variable.**

VARIABLES	Nº CASOS	PORCENTAJE
Fecha de la consulta	2.983	100,0
Sexo	2.974	99,7
Edad	2.983	100,0
Orientación sexual	1.912	64,1
Prueba previa	2.478	83,1
Año de la prueba previa *	529	82,7
País de origen	2.983	100,0
Fecha de llegada a España**	400	48,5
<b>Resultados prueba actual</b>	<b>2.913</b>	<b>97,7</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP.

\* Calculado sobre el total de pacientes con prueba previa realizada N= 745

\* \* Calculado sobre el total de los pacientes nacidos fuera de España N=851

#### 4.2. Sexo

Del total de registros que tenían cumplimentada la variable sexo (N=2.974), el 55,8% (N=1.660) fueron mujeres y el 43,7% (N=1.301) fueron hombres, 13 personas fueron clasificadas en la categoría de “Otros”.

**Tabla 5. Distribución de los registros según sexo.**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	1.301	43,7
Mujer	1.660	55,8
Otros	13	0,4
<b>Total</b>	<b>2.974</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

### 4.3. Orientación Sexual

Un total de 1.912 registros tienen recogida la orientación sexual, correspondiendo el 95,7% a personas que se declaran heterosexuales, el 2,7% (N=51) homosexuales y el 1,5% (N=29) bisexuales.

**Tabla 6. Distribución de la orientación sexual en la población de estudio.**

ORIENTACIÓN SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bisexual	29	1,5
Heterosexual	1.829	95,7
Homosexual	51	2,7
Otros	3	0,2
<b>Total</b>	<b>1.912</b>	<b>100</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

### 4.5. Edad

El rango de edad seleccionado para ofertar la prueba rutinaria se situaba entre los 20 y los 59 años. La edad media fue de 39,9 años (DE=10,9). La Comunidad Autónoma que presentó la edad media más alta fue La Rioja, con una media de 42,3 años y las de menor edad fueron Madrid y Canarias, ambas con una media de edad de 38,8 años. Se observan diferencias estadísticamente significativas en la edad media por Comunidad Autónoma ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 7. Media y Mediana de edad por Comunidad Autónoma.**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	N	Media Edad	Desv. Típ	Mediana Edad
Baleares	85	41,5	11,5	41
Canarias	377	38,8	11,3	38
La Rioja	280	42,3	10,2	42
Madrid	1.191	38,8	10,8	38
País Vasco	263	41,0	10,8	42
Valencia	787	40,8	10,6	42
<b>Total</b>	<b>2.983</b>	<b>39,9</b>	<b>10,9</b>	<b>40</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

Sin embargo no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad media por sexo. Los hombres presentan una edad media de 40,4 años (D=10,8) y las mujeres de 39,5 años (D=10,8)

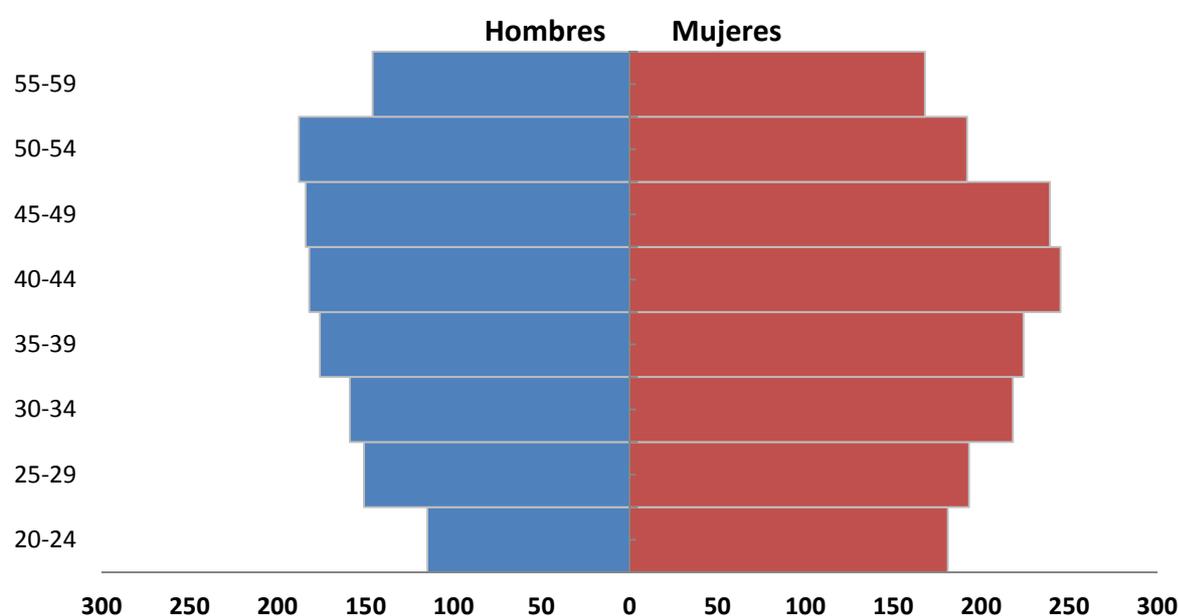
**Tabla 8. Media y Mediana de edad por sexo en la población de estudio.**

SEXO	N	MEDIA	D.E.	MEDIANA
Hombre	1.301	40,4	10,8	41
Mujer	1.660	39,5	10,8	40
Otros	13	36,4	12,4	33
<b>Total</b>	<b>2.974</b>	<b>40</b>	<b>10,9</b>	<b>40</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

La pirámide de población de la muestra a la que se ha realizado la prueba de VIH está ligeramente desviada hacia la derecha, correspondiéndose con las mujeres entre 35 y 49 años.

**Figura 2. Distribución de la muestra por grupos de edad y sexo.**



Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

Respecto a los grupos de edad, estos se presentan de forma homogénea en la muestra, siendo los más numerosos los grupos de edad entre 40 a 44 y 45 a 49 años con un 14,4% y un 14,2%, respectivamente. Los de menor representación fueron los grupos de edad entre 20 a 24 años y de 55 a 59 años con el 10,1% y el 10,7% respectivamente.

**Tabla 9. Distribución de la muestra por grupos de edad.**

Grupos de Edades	Frecuencias	Porcentaje
20 a 24 Años	301	10,1
25 a 29 Años	345	11,6

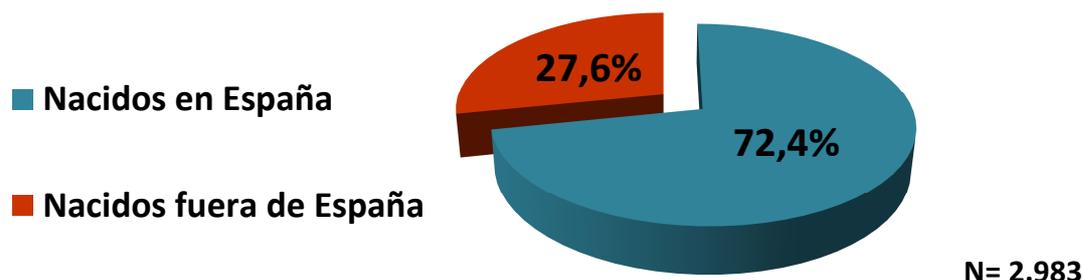
30 a 34 Años	381	12,8
35 a 39 Años	401	13,4
40 a 44 Años	430	14,4
45 a 49 Años	424	14,2
50 a 54 Años	383	12,8
55 a 59 Años	318	10,7
<b>Total</b>	<b>2.983</b>	<b>100</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

#### 4.6. País de Origen

Del total de los 2.983 registros válidos, el 72,4 % (N=2.159) correspondía a personas que nacieron en España y un 27,6% (N=824) fuera de España, con una media de tiempo desde su llegada a España hasta la oferta de la prueba, de 12,5 años (DE=8,1). (Tabla 9 y Figura 3)

Figura 3. Distribución de la muestra según país de nacimiento



Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

Las 824 personas nacidas fuera de España procedían de 61 países diferentes. Los seis países de procedencia más frecuentes fueron: Ecuador (N=110), Colombia (N=89), Rumanía (N=75), Perú (N=50), República Dominicana (N=48), Bolivia (N=47) y Marruecos (N=44). Si analizamos la procedencia por Regiones según ONUSIDA, la mayor parte (63,7 %) procedían de la región de América Latina y el Caribe.

Los pacientes que procedían de la región de Asia y Pacífico, presentaban una media de 14,7 años transcurrido desde su llegada a España hasta la realización de la oferta de la prueba, seguido de Medio Oriente y Norte de África con una media de 14 años.

Tabla 10. Procedencia de los nacidos fuera de España y tiempo transcurrido desde la llegada a

#### España hasta la oferta de la prueba.

Regiones de ONUSIDA	Frecuencia	Porcentaje	Media de tiempo en años desde la llegada a España hasta la oferta de la prueba
Asia y Pacífico	41	5	14,7
África Occidental y Central	1	0,1	--
Medio Oriente y Norte de África	54	8,4	14,0
América Latina y el Caribe	525	63,7	12,3
Europa del Este y Asia Central	26	3,2	11,1
Europa y América del Norte	177	21,5	12,3
<b>Total</b>	<b>824</b>	<b>100,0</b>	<b>12,5</b>

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

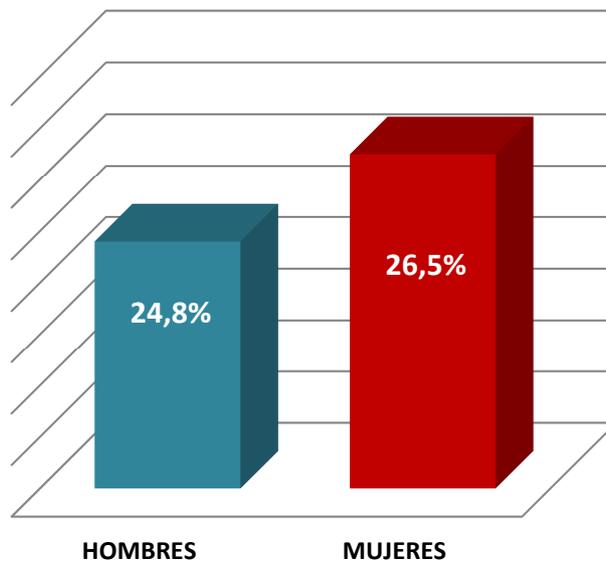
#### 4.7. Prueba Previa

Un total de 2.478 (83,1%) registros tenían cumplimentada esta variable, de los cuales el 25,8% (N=640) tenían una prueba previa de VIH con resultado negativo realizada hace más de un año. Un total de 105 registros fueron excluidos por tener realizada una prueba de VIH el último año. La media de tiempo en años desde la última prueba realizada hasta la fecha de la prueba actual fue de 7,2 años (DE=5,9). Tabla 11.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre CCAA respecto al porcentaje de realización de la prueba previa de VIH, siendo la que presenta mayor porcentaje de personas con prueba previa, el País Vasco con un 32,2% y La Rioja que presenta menor porcentaje con un 17,1%.

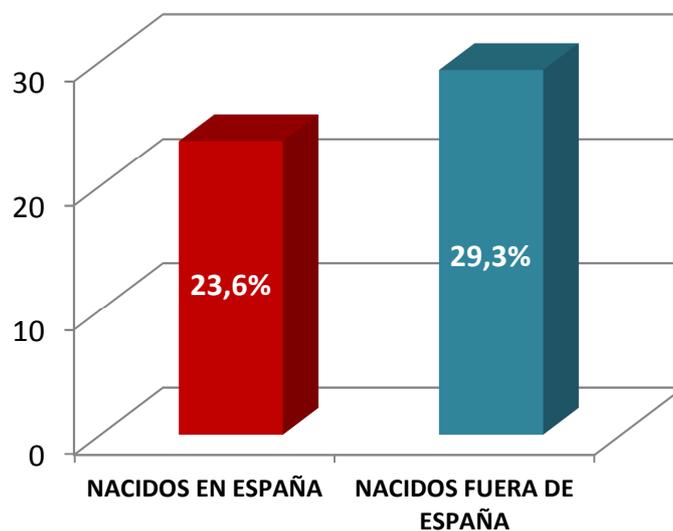
No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo entre los que se habían realizado la prueba previamente, el 26,5% de las mujeres, el 24,8% de los hombres y el 30,8% de los que fueron clasificados como "otros", referían haberse realizado una prueba previa. (Figura 4, Tabla 11)

**Figura 4. Porcentaje de prueba previa por sexo.**



Sí se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,016$ ) en la realización de la prueba previa al analizarlo según el lugar de nacimiento. Refieren más pruebas previas de VIH realizadas, los nacidos fuera de España con un 29,3% que los nacidos en España con un 23,6% (Figura 5, Tabla 11).

**Figura 5. Porcentaje de Prueba previa por lugar de nacimiento**



Se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en el antecedente de la prueba previa de VIH por grupos de edad. El grupo de edad que presenta más pruebas previas realizadas con un 33,5%, fue el grupo entre 35 a 39 años y el grupo con menos pruebas previas realizadas (14,5%) fue el de 55 a 59 años.

**Tabla 11. Porcentaje de pruebas previas de VIH según Comunidad Autónoma, sexo, grupos de edad y lugar de nacimiento**

	PRUEBA PREVIA			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL	p-valor
<b>Comunidad Autónoma</b>				
Baleares	15	17,6	85	0,001
Canarias	99	29,8	332	
La Rioja	48	17,1	280	
Madrid	216	29,5	733	
País Vasco	84	32,2	261	
Valencia	178	22,6	787	
<b>Sexo</b>				
Hombre	262	24,8	1056	0,722
Mujer	371	26,5	1400	
Otros	4	30,8	13	
<b>Grupos de edad</b>				
20 a 24 Años	36	14,9	242	0,001
25 a 29 Años	65	24,0	271	
30 a 34 Años	79	26,0	304	
35 a 39 Años	109	33,5	325	
40 a 44 Años	123	33,4	368	
45 a 49 Años	111	30,7	362	
50 a 54 Años	77	23,3	330	
55 a 59 Años	40	14,5	275	
<b>Lugar de Nacimiento</b>				
Extranjero	185	29,3	631	0,012
Españoles	455	23,6	1925	
<b>Total</b>	<b>640</b>	<b>25,8</b>	<b>2.478</b>	

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP.

#### 4.7. Aceptabilidad de la Prueba

Aunque sólo se obtuvieron datos de dos comunidades autónomas sobre la aceptación de la oferta de la prueba por parte de los pacientes, estos presentaban una aceptación elevada, entre un 93% y 95% de los pacientes a los que se les ofertó la prueba y se les explicó el estudio, aceptaron. En Atención Primaria hay un pequeño porcentaje de personas (3-5%), que aunque no rechazan la prueba, en el momento de enviar la base de datos, todavía no se habían realizado la analítica. Respecto a las causas más frecuentes de rechazo de la prueba se recogieron entre otras: miedo al resultado, parejas estables que piensan que no tienen riesgo.....

Respecto a la aceptabilidad por parte de los profesionales de atención primaria, tanto médicos como personales de enfermería, no se ha podido evaluar, dado que han participado todos los que voluntariamente han expresado su deseo en participar entre los que recibieron la formación específica del Estudio VIHAP.

#### 4.8. Resultado Prueba Actual

En el análisis de los resultados correspondientes a la prueba actual, se han incluido el total de registros válidos y el número de pruebas reactivas facilitados por las CCAA. Por tanto, en esta variable se utiliza el total de datos facilitados por las ocho comunidades autónomas que han participado en el estudio, una vez excluidos los registros que no cumplían los criterios de inclusión, es decir, 5.404 pruebas realizadas. Se han obtenido un total de 10 casos reactivos, dos de los cuales resultaron ser falsos positivos en las pruebas de confirmación, ambas mujeres heterosexuales nacidas en España, con 43 años y 49 años de edad.

Del total de casos confirmados, 7 de los 8 nuevos diagnósticos eran hombres, y de ellos más de la mitad eran homosexuales y 3 de los 8 habían nacido fuera de España.

Los casos positivos encontrados en el VIHAP, a pesar de un ser un número muy reducido, muestran características semejantes a los casos nuevos notificados en el SINIVIH (tabla 12), excepto el diagnóstico temprano que en el VIHAP es del 100%, mientras que en el SINIVIH es únicamente del 53,8%.

**Tabla 12. Características de los casos positivos.**

	Estudio VIHAP	SINIVIH
Porcentaje de Hombres	7/8	84,7%
Porcentaje de HSH	4/8	53,9%
Porcentaje nacidos fuera de España	3/8	32,1%
Porcentaje de CD4>350	100%	53,8%
Porcentaje de Pruebas Previas	3/8	---
Porcentaje de Antecedentes de ITS	3/8	---
<b>Número de Nuevos Diagnósticos</b>	<b>8</b>	<b>3.366</b>

Fuente: Elaboración a partir de los datos del Estudio VIHAP y el SINIVIH<sup>3</sup>.

La prevalencia no diagnosticada esperada al inicio del estudio era de un 0,10%<sup>17</sup>, sin embargo la prevalencia observada en el estudio ha sido superior a la esperada, con ocho casos confirmados sobre 5.404 pruebas realizadas, alcanzando una prevalencia de 0,148%.

**Tabla 13. Prevalencia esperada y prevalencia observada**

PREVALENCIA	ESPERADA	OBSERVADA
Casos positivos no diagnosticados/ población	0,10% <sup>17</sup>	0,148%

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

La edad media de estos casos positivos fue de 33,5 años, y la mediana de 30 años, siendo estas edades inferiores a la media y la mediana de los nuevos casos notificados en el sistema de información SINIVIH y publicada en el último informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España<sup>3</sup>. (Tabla 14).

**Tabla 14. Edad media y mediana de los casos positivos.**

Edad en años	VIHAP	SINIVIH
Media	33,5 años	36 años
Mediana	30 años	35 años

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

#### 4.9. Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual, Conductas de Riesgo y Seguimiento.

El 37,5% (3/8) de los casos positivos confirmados presentaron antecedentes de infecciones de transmisión sexual en el último año. Uno de los casos tenía antecedentes de infección

gonocócica y dos tenían antecedentes de infección por el virus de la hepatitis B, uno de estos dos, además también tenía antecedentes de condiloma acuminado y herpes genital.

Respecto a los antecedentes de conductas de riesgo, el 62,5% (5/8) refiere alguna conducta de riesgo. De estos 4 de 5 refiere mantener relaciones sexuales con uso ocasional de protección, y dos refieren haber tenido dos o más parejas distintas en el último año.

Todos los pacientes positivos confirmados, presentaban más de 500 linfocitos CD4/ $\mu$ l al diagnóstico, tratándose de casos diagnosticados de forma temprana.

#### **4.10. Rendimiento de la Prueba**

Según estudios previos, la rentabilidad de la prueba de VIH está comprobada en poblaciones que presentan prevalencias de infección por VIH no diagnosticadas superiores al 0,1%<sup>14</sup>, como es el caso de España.

Con los datos obtenidos en el estudio de esta intervención de salud pública, el rendimiento de la prueba que se ha obtenido es de un caso positivo por cada 675 pruebas realizadas.

Con la información aportada por las CCAA, el coste directo de la prueba de cribado de VIH, oscila entre 675 a 2.025 euros por cada prueba positiva.

## 5. DISCUSIÓN

El principal objetivo de este estudio no es la investigación, sino la evaluación de la factibilidad de la implementación de oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria, es decir, de una intervención de salud pública. El objetivo final es disminuir la fracción no diagnosticada en España, que se estima en torno al 25 %<sup>1,3</sup>.

La aceptación por parte de los pacientes, de la oferta rutinaria de la prueba de VIH, ha sido elevada, superior al 93%. En un estudio dirigido a población general entre 18 a 75 años que se realizó en Madrid en 2010, se observó una aceptabilidad del 98%, respecto al cribado de VIH en Atención Primaria, consiguiéndose una cobertura del 60% de la población diana y el coste mínimo estimado por cada paciente diagnosticado ascendía a 941 euros<sup>18</sup>. Siendo esta aceptabilidad ligeramente inferior en un estudio realizado en 150 centros de Atención Primaria de la provincia de Córdoba, (93,1%)<sup>19</sup>, y similar a la encontrada por Martín-Cabo et al (98%)<sup>20</sup>. En nuestro país en líneas generales, este abordaje tiene una aceptación superior al 90% entre los pacientes, y superior al 70% entre los profesionales de Atención Primaria<sup>18-20</sup>.

En EEUU los CDC recomiendan la realización de la prueba del VIH a todos los pacientes entre 13 y 64 años que acuden a centros sanitarios, independientemente de la existencia de prácticas de riesgo y de la prevalencia de VIH, y se realiza por exclusión optativa (opt-out), salvo que el paciente exprese su negativa<sup>21</sup>. Con esta recomendación en 2009, el 45% de los norteamericanos se había realizado la prueba del VIH al menos una vez en la vida<sup>21</sup>.

En la mayoría de los países de Europa excepto en Francia<sup>22,23</sup>, el cribado de VIH se dirige a poblaciones de mayor riesgo de infección. En Francia, desde 2009 se realiza cribado de VIH a la población general entre 15 y 70 años de forma rutinaria al menos una vez la vida y se ha demostrado que el cribado a población general mejora la supervivencia comparado con la oferta dirigida, mientras que el cribado a poblaciones de alto riesgo es coste-efectiva<sup>22,23</sup>.

En Portugal, el cribado de VIH a la población general entre 18 y 69 años de forma rutinaria mejora la supervivencia comparado con la oferta dirigida, e incrementa el coste efectividad.

También se recomienda un test anual en hombres que tienen sexo con otros hombres, y cada tres años en regiones de alta incidencia y prevalencia<sup>24</sup>.

Las barreras más frecuentemente identificadas al realizar el cribado de VIH en Atención Primaria fueron la falta de tiempo y la falta de formación específica de los profesionales<sup>25,26</sup>. Sin embargo, en un estudio realizado en la Comunidad de Madrid, para el 75,2% de los médicos de Atención Primaria, la falta de tiempo no se considera un problema para el cribado y uno de cada cinco médicos de Atención Primaria (21%) ya estaba realizando la prueba de VIH de forma rutinaria<sup>27</sup>, sin disponer de un programa de cribado específico.

La dificultad para abordar la historia sexual con los pacientes se refleja en nuestro estudio ya que apenas un 64,1% tenían cumplimentada la variable la orientación sexual. Esto pone en evidencia la dificultad del personal sanitario para recoger datos sobre la conductas sexuales en la historia clínica, como se observó en un estudio de tres centros de Atención Primaria, donde las variables orientación sexual, el uso de preservativo y consumo de drogas estaban cumplimentadas por debajo de un 70%<sup>28</sup>. En el estudio de Busto et al<sup>27</sup>, el 58% de los profesionales sanitarios refería dificultades para la comunicación en temas relacionados con el diagnóstico del VIH y a la hora de preguntar por prácticas de riesgo. Una de las oportunidades para la implantación de prueba rutinaria, sería habilitar programas o reforzar los ya existentes, de formación sanitaria específica para el VIH y las infecciones de transmisión sexual, como refiere Martín-Cabo et al<sup>20</sup> haciendo énfasis en la infecciones ocultas, el retraso diagnóstico y los conceptos de exposición al VIH y el riesgo de contagio o transmisión.

Las relaciones sexuales sin protección son la vía de transmisión de VIH que predomina en la actualidad<sup>3</sup> y los datos disponibles indican que el 17 % de las personas entre 18 y 49 años de edad mantienen relaciones sexuales con parejas ocasionales y de ellas, el 41% no utilizan el preservativo<sup>29</sup>. En nuestro estudio, 5 de los 8 casos positivos referían haber tenido alguna conducta de riesgo y casi la mitad había tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales.

Teniendo en cuenta que en poblaciones con prevalencias ocultas o no diagnosticadas por encima del 0,1%, la prueba rutinaria de VIH es rentable<sup>17</sup>, podemos decir que esta intervención de salud pública ha sido rentable, ya que en nuestro estudio se observó una prevalencia del 0,148%. En un

estudio realizado en París (Francia), en usuarios entre 18 a 64 años, se encontró una prevalencia del 0,14% muy similar a la nuestra, y los nuevos diagnósticos tenían una mediana de edad de 32,9 años, algo mayor que la observada en nuestro estudio<sup>30</sup>. En nuestro estudio más del 85% de los nuevos diagnósticos eran hombres, y de ellos más de la mitad se declaraban homosexuales. Esto datos van en concordancia con los datos de la publicados por el SINIVIH 2014, donde el 84,7% de los nuevos diagnósticos fueron en hombres y el 53,9% en hombres que tienen sexo con hombres<sup>3</sup>.

En estudios realizados en EEUU y en Reino Unido se ha observado que en atención primaria se pierden oportunidades para testar a los pacientes <sup>21,25</sup>. La mayoría de las personas habían acudido a las consultas en el último año con sintomatología inespecífica<sup>21, 25</sup> siendo oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria. El incremento de la cobertura de la prueba de VIH en la población general reduce las tasas de diagnóstico tardío<sup>13,21,31,32</sup>.

Otras estrategias preventivas, como las pruebas rápidas en farmacias, centro de ITS y centros comunitarios, o la oferta dirigida a poblaciones vulnerables, se han demostrado eficaces en diagnóstico precoz del VIH, por lo tanto la oferta rutinaria en Atención Primaria constituye una estrategia más de prevención<sup>20,33,34</sup> que complementa todas las demás estrategias implantadas.

Con este tipo de estrategias los pacientes se benefician del diagnóstico y tratamiento precoz y les permite tener mejor calidad de vida<sup>34</sup>. En un estudio de implementación de la prueba universal, realizada por enfermeras de atención primaria en EEUU, se concluye que los ahorros económicos tanto a nivel individual como a nivel comunitario, son muy superiores a los costes<sup>36</sup>.

## 6. CONCLUSIONES

Los centros de salud como primer nivel asistencial de contacto con el sistema sanitarios son puntos clave para realizar intervenciones preventivas, y los profesionales de Atención Primaria han demostrado que desempeñan un papel muy relevante en la prevención y el cribado de la infección por el VIH.

Es esencial que la población y los profesionales sean conscientes de que cualquier persona expuesta a prácticas de riesgo es vulnerable a la infección por VIH y que es importante diagnosticar la infección lo antes posible para iniciar el tratamiento.

Una vez analizado el proceso y el resultado de esta intervención de salud pública, se puede concluir que la implementación de la prueba rutinaria de VIH en Atención Primaria ha sido factible en las condiciones en las que se han realizado, en los distintos centros de atención primaria donde se ha desarrollado la intervención, disponiendo de recursos humanos, estructurales y económicos suficientes para su implantación.

Sin embargo, se han identificado puntos clave a mejorar, como la necesidad de dotar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria de las herramientas necesarias para el diagnóstico precoz del VIH y de las infecciones de transmisión sexual, por lo que se debería impulsar la formación de los profesionales sanitarios sobre habilidades en la historia clínica sexual, con el objetivo de mejorar sus conocimientos y normalizar la oferta de prueba de VIH en atención primaria.

Se ha observado que la aceptación de la prueba rutinaria de VIH en las consultas de atención primaria por parte de los pacientes, es elevada y superior a la aceptación de la prueba dirigida.

Aproximadamente una de cada cuatro personas a las que se les ha ofertado la prueba, se había realizado una prueba de VIH previamente y una de cada tres personas a las que se les ha realizado la prueba, ha nacido fuera de España.

Todos los casos han sido diagnosticados precozmente y la edad media de los casos diagnosticados es inferior a la edad media de los casos nuevos notificados en el sistema de información SINIVIH de España<sup>3</sup>.

La prevalencia de casos positivos encontrada ha sido mayor de la esperada, lo que indica que este tipo de intervenciones son eficaces<sup>34</sup>, pero debemos continuar trabajando para disminuir la fracción no diagnosticada en la población y superar la meta propuesta de ONUSIDA de llegar al 90% en 2020<sup>1</sup>

El impacto económico de la implementación de la oferta rutinaria de VIH en Atención Primaria ha supuesto entre 675 y 2025 euros de coste directo de la prueba, por cada caso positivo diagnosticado.

Con estos resultados, se hace necesario extender este tipo de intervenciones de salud pública dirigidas a la población general a todo el territorio nacional, ya que no solo ahorra costes económicos a largo plazo, sino que ahorra costes en términos de salud, al diagnosticar tempranamente la infección por el VIH.

La oferta rutinaria de la prueba de VIH dirigida a la población general en las consultas de Atención Primaria constituye una estrategia más de prevención, que junto con las pruebas rápidas en farmacias, centros de ITS y centros comunitarios, o la oferta dirigida a poblaciones vulnerables, contribuyen a disminuir la proporción de personas no diagnosticadas, facilitando el tratamiento precoz, ahorrando costes y mejorando la calidad y la esperanza de vida de los pacientes.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA(ONUSIDA). Informe Mundial: Informa de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012. [Citado 18-2-2014].212 p. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_with\\_annexes\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf)
2. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2015. Análisis de la evolución 2000- 2015. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el SidaS.G. de Promoción de la salud y Epidemiología. Madrid; 2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2015.pdf>
3. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Sistema Autonómico de vigilancia Epidemiológica, Centro Nacional de Epidemiología, Dirección General de Salud pública, Calidad e Innovación. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de SIDA. Plan Nacional sobre el Sida. 2015 [Citado 18-02-2014]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH\\_SIDA\\_2015.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2015.pdf).
4. Chadborn TR, Delpech VC, Sabin CA, Sinka K, Evans BG. The late diagnosis and consequent short-term mortality of HIV infected heterosexuals (England and Wales, 2000-2004). AIDS. 2006 Nov 28;20(18): 2371-9.
5. Chadborn TR, Baster K, DelpechVC, Sinka K, Rice BD, et al. No time to wait: how many HIV-infected homosexual men are diagnosed late and consequently die? (England and Wales, 1993-2002). AIDS. 2005 Mar 25;19(5): 513-2
6. World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision. Geneva: World Health Organization.
7. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. J Acquir Immune Defic Syndr 1999. 1 de agosto de 2005;39(4):446-53.
8. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS Lond Engl. 26 de junio de 2006;20(10):1447-50.
9. Cohen MS, Holmes C, Padian N, Wolf M, Hirschschall G, Lo Y-R, et al. HIV treatment as prevention: how scientific discovery occurred and translated rapidly into policy for the global response. Health Aff Proj Hope. julio de 2012;31(7):1439-49.
10. Del Romero J, Castilla J, Hernando V, Rodríguez C, García S. Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. BMJ. 2010; 340:c2205.
11. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre el Sida. Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2013-2016. Centro de Publicaciones; 2013 [Citado 18-2-20]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013\\_2016.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf).

12. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre el Sida. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario, 2014. [Citado: 18-2-2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>
13. Ramírez Almaguer D, Vidal Marrero AS, Domínguez Rodríguez Y. Etapas del análisis de factibilidad. Compendio bibliográfico. Contrib Econ [Internet]. Marzo de 2009 [citado 30 de septiembre de 2016]; Disponible en: <https://ideas.repec.org/a/erv/contri/y2009i2009-034.html>
14. Abad Díez JM. OB4 – Planificación, evaluación y gestión sanitaria. Máster Oficial Universitario en Salud Pública 2010 – 2011. 2011 [citado 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/planificacion/planificacion.pdf>
15. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley\\_autonomia\\_paciente.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente.pdf)
16. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Sec. Disposiciones Generales de diciembre de, 1999 p. 43088-99. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
17. HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013. [Citado Sep 2016]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/informacion-colegial/enfermedades-indicadoras-de-vih-guia-para-realizacion-de-prueba-del-vih-en-adultos-entorno-sanitario>
18. Chocarro Martínez A, Ochoa Sangrador C, Brezmes Valdivieso MP, Martín Gómez C. [Human immunodeficiency virus screening in primary care: Acceptance by physicians and patients]. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. Julio de 2015;33(6):426-8.
19. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. Aten Primaria. Junio de 2016;48(6):383-93.
20. Martín-Cabo R, Losa-García JE, Iglesias-Franco H, Iglesias-González R, Fajardo-Alcántara A, Jiménez-Moreno A. [Promoting routine human immunodeficiency virus testing in primary care]. Gac Sanit SESPAS. abril de 2012;26(2):116-22.
21. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force, et al. Screening for HIV: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2013;159:51.60.
22. Yazdanpanah Y, Perelman J, DiLorenzo MA, Alves J, Barros H, Mateus C, et al. Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness. PLoS One. 2010; 5: e13132.
23. Fernandez-Gerlinger MP, Bernard E, Saint-Lary O. What do patients think about HIV mass screening in France? .A qualitative study . BMC Public Health. 2013;13:526.
24. Yazdanpanah Y, Perelman J, DiLorenzo MA, Alves J, Barros H, Mateus C, et al. Routine HIV screening in Portugal: clinical impact and cost-effectiveness. PLoS One. 2013; 8: e84173.

25. Agustí C, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. [Early detection of HIV infection in a primary care setting]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. diciembre de 2012;44(12):689-90.
26. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J, en nombre del Grupo de Trabajo del Diagnóstico Precoz del VIH en Atención Primaria en España. [Problems in diagnosing sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in primary health care in Spain]. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. septiembre de 2013;31(7):451-4.
27. Busto MJ, García San Miguel L, Castelao ME, Bermúdez E. [Primary care doctors attitudes and practices in the diagnosis of HIV infection]. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. septiembre de 2011;29(7):490-6.
28. Cayuelas-Redondo L, Menacho-Pascual I, Noguera-Sánchez P, Goicoa-Gago C, Pollio-Peña G, Blanco-Delgado R, et al. [Indicator condition guided human immunodeficiency virus requesting in primary health care: results of a collaboration]. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. diciembre de 2015;33(10):656-62.
29. Suarez Cardona M, Belza MJ, De la Fuente de Hoz L. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003: Informe general. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2006. Disponible en [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259924965002&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924965002&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis) (Consulta Septiembre 2016).
30. D'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, et al. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. *Arch Intern Med*. 9 de enero de 2012;172(1):12-20.
31. Ransome Y, Terzian A, Addison D, Braunstein S, Myers J, Abraham B, et al. Expanded HIV testing coverage is associated with decreases in late HIV diagnoses. *AIDS Lond Engl*. 17 de julio de 2015;29(11):1369-78.
32. Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguado C, Montoliu A, et al. Attitudes to rapid HIV testing among Spanish General Practitioners. *HIV Med*. octubre de 2013;14 Suppl 3:53-6.
33. Moreno S, Ordobás M, Sanz JC, Ramos B, Astray J, Ortiz M, et al. Prevalence of undiagnosed HIV infection in the general population having blood tests within primary care in Madrid, Spain. *Sex Transm Infect*. noviembre de 2012;88(7):522-4.
34. Rodríguez Ortiz de Salazar, B Grupo VIHAP. Implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria: Estudio VIHAP Revista Multidisciplinar del SIDA. Monográfico 2016. Vol 4 Nº 8, Septiembre 2016; 4-19.
35. Database contains country-reported GARPR data and Spectrum estimates. ONUSIDA 2016. [Citado 15-11-2016] Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>
36. R Knapp H, Chan K. HIV Rapid testing in a VA primary care department setting: programmatic cost analysis at five years. *J AIDS Clin Res*. 2015; 6:5; 1000451.

## 8. ANEXOS

### ANEXO I. CCAA y centros y profesionales participantes en el estudio

CC.AA.	Provincia	Centros de Salud	Nº Centros	Nº Profesionales	Nº Médicos	Nº Enfermeras
Andalucía	Sevilla	Alamillo	12	85	15	--
		Polígono Sur			8	
		Marqués de Paradas			2	
		San Luis			4	
	Málaga	Palma-Palmilla			3	
		Cruz Humilladero			6	
		Torremolinos- La Carihuela			7	
		Torremolinos-San Miguel			11	
	Cádiz	Barbate			6	
		Puerto Real			6	
		Puerto de Santa María			11	
		Olivillo			6	
Baleares	Palma de Mallorca	Camp Redó	2	6	2	--
		Son Gotleu			4	
Canarias	Sta. Cruz de Tenerife	Añaza	2	23	7	--
	Las Palmas	Maspalomas			16	
Galicia	La Coruña	Labañou	4	26	8	--
		Rosales			5	
		Perillo			8	
		Santa Cruz			5	
Madrid	Madrid	Buenos Aires	10	81	9	4
		Caramuel			8	3
		Cea Bermudez			8	1
		Cerro Almodovar			6	2
		El Espinillo			3	--
		Eloy Gonzalo			4	--
		Miraflores			4	2
		Puerta del Angel			11	--
		San Andrés			9	--
		Villaamil			6	1
País Vasco	Bizkaia	San Ignacio	1	8	8	--
La Rioja	Logroño	La Guindalera	1	6	6	--
Valencia	Valencia	Fuensanta	4	30	6	--
		Consultorio Chirivella			4	
	Castellón	Fernando el Católico			9	
	Alicante	Hospital Provincial Plá			11	
<b>TOTALES</b>			<b>36</b>	<b>265</b>	<b>252</b>	<b>13</b>

## ANEXO II. Listado de profesionales sanitarios de Atención Primaria participantes.

ANDALUCIA	CENTRO DE SALUD	PROFESIONALES
CADIZ	BARBATE	Antonio Morillo Castro, Esmeralda Cáceres Montero, Francisco Javier Almeda Garrido, José Manuel Muñoz Garcia, M <sup>a</sup> Carmen García García, Margarita Cuenca Barreno
	OLIVILLO	Carmen Navea Tejerina, Dolores Martínez Ruiz, Ignacio Ruz Franz, María Jose Fierro Alario, Nuria Cifuentes Mimoso, Pilar Alba Guijarro
	PUERTO DE SANTAMARÍA	Aquiles M. Marcelo Martínez, Carmen Barros Rubio, Eduardo Guija Villa, Eloisa Feberero Castejón, Francisco Fernández Rosado, Ignacio Juncal Otero, Jesús Delgado Garcia, Juan Carlos Mendez Segovia, Manuel Victor Ramirez Raya, Milagros Domenech Moreno, Yolanda Veguilla Andújar
	PUERTO REAL	Fátima Ruiz Ávila, Javier Francisco Lopez Aranda, Jose Manuel Lendinez De La Cruz, Luis Capa Lendinez, Rafael Quintero Domínguez, Roberto Bernal Bernal
MALAGA	CRUZ	Concepción García Ruiz, Enrique Varea Marineto, Maite Asenjo Plaza, Manuel Durán
	HUMILLADERO	Giménez, María José Banderas Donaire, Salvador Cuesta Toro
	PALMA-PALMILLA	Auxiliadora Nieves Muñoz Escalante, Francisco Extremera Montero, Rosa María Moyano Acosta
	TORREMOLINOS-LA CARIHUELA	Antonio Díaz López, Benito Márquez Castilla, José Salama Benatar, Josefina Sampedro Fernández, María José Felices Esteban, María José Sanjuán Albacete, S. Javier Lozano Samitier
SEVILLA	TORREMOLINOS-SAN MIGUEL	José F. Martín García, Antonio Sintas Nogales, Belén Contreras Roca, José Manuel Gordillo Montoya, Juan Olmedo Fernández, Luis David Amselen García, Manuel Valls Blanco, María José Hidalgo Fajardo, Miguel Ángel Rodríguez Alcázar, Miguel Martínez Galindo, Pilar Torrealba Aranda
	ALAMILLO	Ángela Rodríguez Arce, Antonia Benítez Martín, Antonio Romero Cuevas, Carmen Escalera De Andrés, Cristóbal Sendín González, Feliciano Valle Martin, Francisco Narbona Soto, Gregorio Montero Chaves, Irene Tena Roger, Jesús Neri Fernández, José Luís Sánchez García, Magdalena Gálvez Garcia, Manuela Guisado Furino, Maria Jose Camacho Pino De Molina, Pilar Sanchez Matas
	MARQUES DE PARADAS	Antonia Roldán Muñoz, Máximo Alberto Pérez Calero
	POLIGONO SUR	Inmaculada Alonso Alfonseca, Juan Manuel Escorza Rodríguez, Juan Nogales Piña, Maria Dolores Falantes Herdugo, Maria Luz Fernández Pérez, Maria Luz Paredes Badillo, Rocio Martínez Navarro, Rosa Ufano López
	SAN LUIS	Agustín Pérez Martín, Jordi Calvo Torelló, M. <sup>a</sup> Mercedes Cortés González, Mercedes Carrizosa Esquivel
BALEARES	CENTRO DE SALUD	PROFESIONALES
PALMA DE MALLORCA	SON GOTLEU	Beatriz Alonso Reyes, Francisca Bestard Reus, María Luz Fernández Aramburu, Carmen Frontera Ortiz
	CAMP REDÓ	Carmen Santos De Unamuno, María Carmen Masip Fabregat
CANARIAS	CENTRO DE SALUD	PROFESIONALES
LAS PALMAS	MASPALOMAS	Cristina Sierra Farinelli, Dulce Hernández Correa, Eelke Ryland Buitenhuis, Esperanza Casas Regueiro, Genoveva Cabrera Macías, Javier Lobato González, José Bernal Cruz, José Manuel Romeo Buissan, José N. Sánchez Martín, María Nieto Lluis, Natalia Guerra Almeida, Nayca Granada González, Pedro García Rodríguez, Ramón Miranda Cortina, Roque Déniz Santana, Teofil Gherman Voinaroschi
	AÑAZA	Amanda Reyes Nicholas, Ana B. Rodríguez Roque, Emma Navarro Brito, Francisco Pérez-Llombet García, Jesús D. Delgado Santana, Luz Marina Higuera Linares, Mónica Delgado Fariña
SANTA CRUZ DE TENERIFE		
GALICIA	CENTRO DE SALUD	PROFESIONALES
LA CORUÑA	LABAÑO	Carlos Manuel Ferreiro Casal, Fernando María Jorge Barreiro, José Luis Astray Coloma, José Ramón Lago Bouza, Leticia López Torres, María Purificación Martínez Vilariño, Miguel Ángel Pedrosa López, Pablo Vaamonde García
	PERILLO	Eloy González Alonso, Flor de Lis De La Vega Castro, Germán Orgueira García, María Elena Monasterio Álvarez, María Jesús Cerecedo Pérez, María Jesús Piñeiro Cotelos, Miriam Fernández De Landa Fernández, Victoria Freire López

ROSALES	Elena Castro Gómez, José Javier Brañas Porto, Luis Casal Méndez, María Luisa Fernández Bujía, Vicente Fernández Rodríguez
SANTA CRUZ	Clara Corpas Cobisa, José Dapena Barros, Juan Antonio García Hernández, Marta López Pan, Pedro Martínez Varela

## LA RIOJA

### CENTRO DE SALUD

### PROFESIONALES

#### LOGROÑO

LA GUINDALERA	Ana María García Segura, Avelina Magallón Fernández, Clara Torrano Echávarri, María Luz Gutierrez Luis, María Soledad Baños Martínez, Rita De Pablo Chinchetru
---------------	--

## MADRID

### CENTRO DE SALUD

### PROFESIONALES

#### MADRID

BUENOS AIRES	Alberto Manzanares Briega, Ana María Ibarra Sánchez, Carmen Molins Santos, Félix Martínez Vélez, Flora Espejo Matorrales, Javier Muñoz Gutiérrez, Laura Santos Larrégola, Manuel Linares Rufo, Oscar Jiménez Mercado, Paloma González Escobar, Raquel Baños Morras, Renata Muñoz Bieber, Rocío Ruiz Vargas
CARAMUEL	Ana María Abad Esteban, Beatriz Bueno Rodríguez, Concepción Alejo Díaz Zorita, Concepción García Valverde, Isabel Del valle De Joz, Lucía Moreno Valencia, María Dolores Prieto Barbosa, María José Herrero Martínez, Marta Martínez Gómez, Rosario Ureña Durán, Silvia Carmena Díaz
CEA BERMUDEZ	Antonia Guerrero Blanco, Carlos Heredia Díaz, César Jurado Valenzuela, Consuelo Gascón Díaz, Elena Aurora González Romero, Elena López Martínez, María Luz Caballero Hijon, Nerea Iturmendi Martínez, Rosa Velásquez Mota
CERRO	Ana Isabel Cruzado Rodrigo, Ana Isabel Salamanca Sanz, Eva Barrios Martos, Juan Tomás
ALMODOVAR	García Amezcua, María Elena Altarejos Burgos, María Mercedes Martínez Orozco, Mercedes Irazazabal Velasco, Ruth Montero Ibáñez
EL ESPINILLO	Elena María García García, Juan Carlos Vergara Cano, Virginia Nieto Lorasque
ELOY GONZALO	Enrique Durán Garrido, Lope Alejandro Villar Salazar, María Carmen Asenjo Sanz, Yolanda Rey Vázquez
MIRAFLORES	Manuela Medina Fernández, Margarita Tutor Ovejero, María Del Mar Pérez Quintana, María Eugenia Aguilar Bailo, Nuria Galán Fernández, Rocío Triano Sánchez
PUERTA DEL ANGEL	Ana Navarro Siguero, Ana Orero González, Eladia Pilar Herraiz Arcediano, Evelia Pérez Fernández, Fabiola Gómez Martín, Francisco Javier Mateo Alonso, Isabel Vázquez García, María Isabel Melendro Estefania, María Teresa Torrico Mediato, Myriam Romero Cruz-Conde, Sofía Iglesias Papadopoulou
SAN ANDRES	Cristina Sánchez Iñigo, José María Molero García, María del Mar García Rabanal, María Eugenia López Delgado, María Jesús Ferrer Signes, Paulo Gil Agapito, Rafaela Velasco Gutiérrez, Rosa María González San Segundo, Sara Isabel Moreno Puerta
VILLAAMIL	Ana Cabot Torres, Begoña Artola Irazabal, José Manuel Yagüe Muela, Juana María Gopar Perdomo, Latbia Esther Santana Figuerero, Urbano López Cruz, Yolanda Fernández González

## PAIS VASCO

### CENTRO DE SALUD

### PROFESIONALES

#### BIZKAIA

SAN IGNACIO	Estibaliz Alonso Saratxaga, Fabio Borghesi, Javier González Lavado, Jose María Ayarzaguená Sarriugarte, Lorea Rivacoba Orbe, María Recio Barbier, Miren Edurne Martínez Ayuso, Teresa Aguirre Miñana
-------------	--

## VALENCIA

### CENTRO DE SALUD

### PROFESIONALES

#### ALICANTE

HOSPITAL PROVINCIAL PLA	Alicia Ferrandiz Dauder, Francisco Tomás Sevilla Salvador, Isabel Sierra Martín, Lourdes Rodríguez Lezama, Mar Campillo Gallego, Margarita Alvarez Vega, Miguel Ángel García Lillo, Nieves Victoria Gómez Moreno, Rosario García Santafé, Soledad García Beviá, Victoria Ortiz Jodar
-------------------------	--

#### CASTELLON

FERNANDO EL CATOLICO	Amparo Pérez Martí, Ángel Vacas Luis, Carmen Rubiols Estruch, Emilio Zarzosa López, José Miguel Ferrer Ferrer, Manuel José Arnau Carda, María Teresa Colomer Escuder, María Victoria Sánchez Argente, Montserrat Laborda Esteruela
----------------------	--

#### VALENCIA

CHIRIVELLA	Carolina Mir Sánchez, Jesús Navas Cutanda, Mercedes Giner Valero, Rogelio Montfort Sáez
FUENSANTA	Ángel Carretero Sastre, Blanca María Rovira Peña, Francisco Antón García, José Catalán Macián, María José Richart Rufino, Vicente Pedro Aliaga Estellés

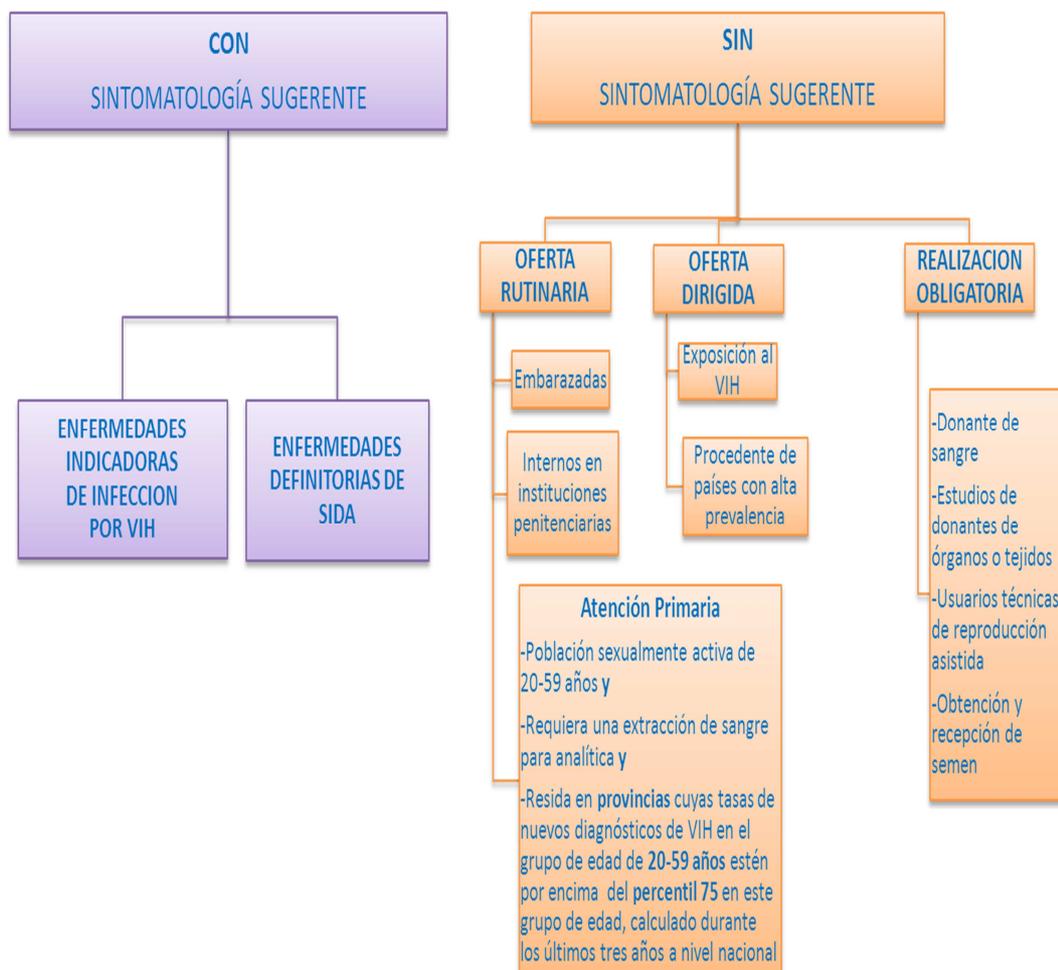
### ANEXO III. Países de alta prevalencias de VIH según ONUSIDA.

Prevalencia de >1% en adultos de 15 a 49 años de las estadísticas globales de ONUSIDA. Datos de la aplicación AIDSinfo de ONUSIDA del año 2015.<sup>35</sup>

Regiones de ONUSIDA	Países
África sub-sahariana	Angola, Benín, Botsuna, Burundi, Camerún, Chad, Congo, Costa de Marfil, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kenia, Lesoto, Malawi, Mali, Mozambique, Namibia, Nigeria, República Central de África, República Unida de Tanzania, Ruanda, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán del Sur, Suazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabue
Europa del Este y Asia Central	Estonia
Asia y Pacífico	Tailandia
Medio Oriente y Norte de África	Djibuti
Latino América y el Caribe	Bahamas, Belice, Guayana, Haití, Jamaica, Trinidad-Tobago

Fuente: AIDSinfo ONUSIDA 2016.<sup>35</sup>

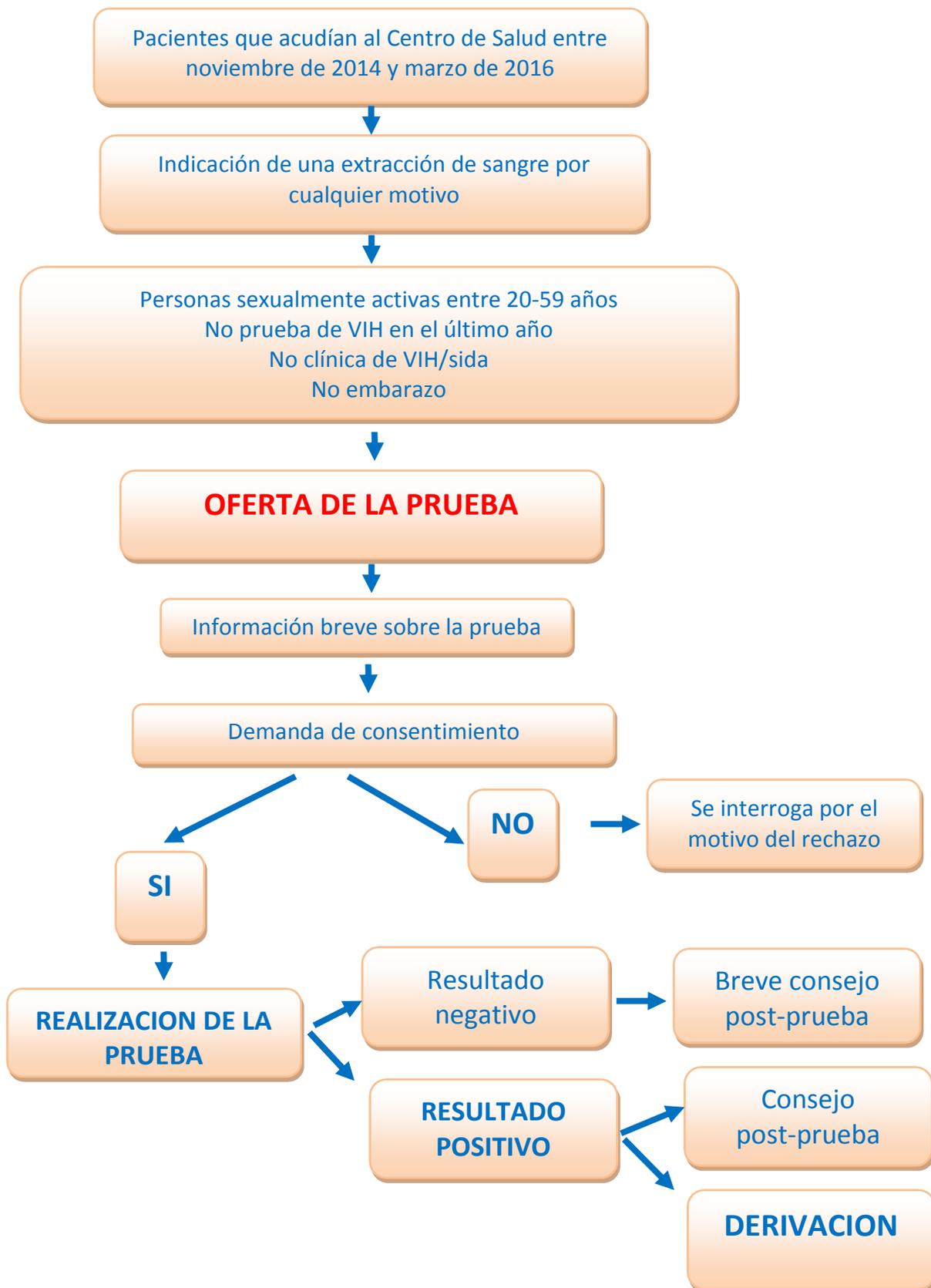
## ANEXO IV. Algoritmo de realización de la prueba



Fuente: Guía de Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario <sup>12</sup>

\* En el Estudio VIHAP han participado centros de salud seleccionados por las CCAA participantes, independientemente de los percentiles de las tasas de nuevos diagnósticos que aparecen en Guía.

## ANEXO V. Algoritmo de oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria



## ANEXO VI. Formulario de recogida de datos

ESTUDIO PILOTO 2014/2015		 <small>MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO</small>	
IMPLEMENTACIÓN DE LA OFERTA RUTINARIA DE LA PRUEBA DE VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA			
Fecha consulta	<input type="text" value="13/01/2015"/>	Médico	<input type="text"/>
Comunidad Autónoma	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
CentroSalud	<input type="text"/>		
Código Paciente	<input type="text" value="--"/>	Edad	<input type="text"/>
Pais Nacimiento	<input type="text"/>	Si ha nacido fuera de España, indicar año de llegada	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>		
Orientación sexual	<input type="text"/>		
Prueba previa VIH	<input type="checkbox"/> Año prueba previa	<input type="text"/>	Resultado prueba previa <input type="text"/>
Consentimiento	<input type="checkbox"/> Resultado prueba actual	<input type="text"/>	Confirmación prueba act <input type="text"/>
<b>Si el resultado es positivo</b>			
Antecedentes ITS en el último año			
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B		
<input type="checkbox"/> Gonococia	<input type="checkbox"/> Hepatitis C		
<input type="checkbox"/> Clamidiasis	<input type="checkbox"/> Herpes genital		
<input type="checkbox"/> Linfogranuloma venéreo	<input type="checkbox"/> Condiloma acuminado		
<input type="checkbox"/> Otras (especificar)	<input type="text"/>		
Conductas de riesgo			
<input type="checkbox"/> UDI	Otras drogas no inyectadas	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prostitucion	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Relaciones sexuales protegidas	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Nº parejas sexuales distintas en el último año	<input type="text"/>		
Derivación a AE	<input type="checkbox"/> Determinación CD4	<input type="text"/>	
	Carga viral	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Cierre	Fecha cierre formulario	<input type="text"/>	

## ANEXO VII. Información al paciente y consentimiento para participar en el estudio piloto

### INFORMACIÓN AL PACIENTE

En España existen aproximadamente unas 150.000 personas afectadas por el VIH y un tercio de las mismas lo desconoce, lo que impide su correcto tratamiento y favorece la transmisión del virus a personas no infectadas. El VIH se transmite mediante relaciones sexuales sin protección, a través de la sangre, por compartir materiales punzantes o cortantes como jeringuillas o útiles de aseo personal y en el caso de madres embarazadas con la infección, desde la madre al bebé si no se realiza un control adecuado. Se puede detectar la infección por el VIH con un simple análisis de sangre. La prueba indica si existen o no anticuerpos frente al virus, y en caso de ser positiva, hay que confirmar el resultado.

Aprovechando que vamos a realizarle un análisis de sangre, me gustaría ofrecerle la prueba del VIH para conocer cuál es su situación. Los resultados obtenidos nos ayudarán a conocer mejor cuantas personas, que no se han realizado antes la prueba y no tienen síntomas, están infectadas por el VIH y no lo saben. Esta prueba no tiene riesgos, salvo las molestias derivadas de una simple extracción de sangre.

Se adoptarán las medidas necesarias para que los resultados obtenidos durante el estudio no permitan identificar de ninguna manera a la persona de la que proceden, garantizando en todo momento la confidencialidad y los resultados se le comunicarán a usted personalmente. La información obtenida no será conservada una vez finalizado el estudio, ni se utilizará para ninguna otra causa. Le garantizamos que su participación o no en el estudio, no ocasionará cambios en su asistencia y tratamiento.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la Dr/Dra.....me ha explicado la finalidad del **Estudio Piloto de implementación de la oferta rutinaria de la prueba del VIH en Atención Primaria, entiendo en que consiste**, cómo se realiza y para qué sirve la prueba del VIH, y puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

**Acepto** voluntariamente participar en este estudio

**No Acepto** participar en este estudio.

He comprendido todo lo anterior perfectamente.

Fecha:

Firma del Paciente:

Firma del Médico:

D/Dª.....

D/DªI.....

COPIA PARA EL PACIENTE - COPIA PARA EL FACULTATIVO

## ANEXO VIII. Informe del Comité de Ética



### COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y DE BIENESTAR ANIMAL Informe

#### INFORME

Nº: CEI PI 66\_2014

El Comité de Ética de la Investigación y de Bienestar Animal del Instituto de Salud Carlos III ha revisado el proyecto titulado “**Estudio piloto para la implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica de VIH en atención primaria**”, y aprobado los siguientes documentos:

Nombre	Registro
Solicitud proyecto	CEI PI 66_2014
Proyecto	CEI PI 66_2014-Proyecto
Hoja información y consentimiento	HIP-CI-CEI PI 66_2014

remitidos por la investigadora: **Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar**  
del **Ministerio de Sanidad**

La citada revisión tiene por objeto comprobar que se cumplen los requisitos éticos y legales exigibles en las investigaciones que utilizan seres humanos, muestras humanas o datos humanos.

El Comité estima que el proyecto **cumple** los requisitos mencionados.

Se recuerda al investigador la obligación de presentar la memoria firmada de la investigación al CEIyBA a la finalización del proyecto/línea de investigación y que ésta debe ajustarse a la memoria descriptiva aprobada. Asimismo, que cualquier modificación relevante debe ser notificada al Comité y requerirá una nueva evaluación.

Madrid, a 25 de Noviembre de 2014

LA SECRETARIA


Mª Concepción Martín Arribas

## ANEXO IX. Niveles de confidencialidad de la información

La realización de la prueba diagnóstica de la infección por el VIH, al igual que el resto de las pruebas médicas, se basa en los principios de voluntariedad y confidencialidad, debiendo cumplirse en todo momento la legislación vigente al respecto (*Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*). La prueba debe realizarse en un entorno adecuado, que respete la intimidad de la persona.

Con el fin de ayudar a preservar la confidencialidad de la información recabada en la intervención desarrollada para implementar el diagnóstico de la infección por el VIH en Atención Primaria (Estudio VIHAP), se incluyen a continuación una serie de instrucciones que deberán aplicarse en el manejo de los datos:

- **Nivel 1. Centro de Salud:** el profesional asistencial responsable del paciente en Atención Primaria será el único que conocerá su identidad para proceder al diagnóstico y tratamiento. Antes de enviar los datos al responsable de la Comunidad Autónoma (CA), deberá codificar los datos relativos a la identidad del paciente, utilizando el método que estime más oportuno para evitar duplicados.
- **Nivel 2. Comunidad Autónoma:** el responsable de la CA recopilará los datos codificados y antes de enviarlos al MSSSI los anonimizará, de tal manera que sea imposible identificar al paciente. Se puede utilizar un número correlativo que sirva como contador.
- **Nivel 3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:** en el Plan Nacional sobre Sida se recopilarán los datos enviados anonimizados por todas las CCAA participantes para proceder al correspondiente análisis, ajustándose a las fechas previstas en el protocolo del estudio.