



HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS CON VIH

Título original: Humanización de la atención sociosanitaria a personas con VIH

© 2020, Fundación HUMANS

ISBN 978-84-18420-94-8

Depósito Legal: M-29065-2020

Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente la posición de GESIDA.

Con la colaboración de Gilead Sciences, S.L.U. esta compañía no ha participado ni en la selección de los autores ni en la redacción del contenido de este documento.

Los titulares del © se oponen expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, lo que incluye la reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación pública, transformación, transmisión, envío, re utilización, publicación, tratamiento o cualquier otra utilización total o parcial en cualquier modo, medio o formato de esta publicación. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículos 270 y siguientes del Código Penal).



HUMANIZACIÓN DE LA
ATENCIÓN SOCIOSANITARIA
A PERSONAS CON VIH



ÍNDICE

PRÓLOGO	1
1. ANTECEDENTES	3
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. OBJETIVOS	5
4. GRUPO EXPERTO	7
5. METODOLOGÍA	7
FASE 1. Diagnóstico de la situación actual de los planes estratégicos de Prevención y Control de la infección por VIH en relación a la Humanización de la asistencia sanitaria	8
FASE 2. Identificación de líneas estratégicas, ejes de actuación y acciones para humanizar la asistencia sociosanitaria de las personas con VIH y sus familias	35
6. CONCLUSIONES	55
7. ÍNDICE DE ABREVIATURAS	57
8. REFERENCIAS	58
ANEXO. TABLA RESUMEN PLANES	60



PRÓLOGO

Nuestra sociedad vive inmersa en profundos y acelerados cambios, y debemos ser capaces de dar respuesta a esas nuevas demandas sociales, de forma que permitan consolidar una sociedad justa y próspera, en el marco de una economía en crecimiento garantizando la protección social pero, al mismo tiempo, persiguiendo la igualdad entre todos los ciudadanos, la libertad de las personas, la competitividad de la economía y la sostenibilidad del bienestar. Esta situación se ha puesto de manifiesto de forma abrupta con la eclosión de la pandemia de COVID-19, que ha zarandeado los sistemas sanitarios y el tejido socioeconómico a nivel mundial. Sin lugar a dudas, el mundo después de esta pandemia se ha redireccionado y no será igual. Tampoco será igual la asistencia sanitaria ni la prestación de servicios desde las estructuras sanitarias.

Además, debemos atender a esta protección social en una sociedad que está sometida a profundos cambios: cambios demográficos, la prolongación de la vida, el envejecimiento, la disminución de la natalidad, las migraciones; la situación económica; los cambios en la percepción de la sociedad y en la adquisición del conocimiento por parte de las generaciones jóvenes a causa de las nuevas tecnologías, la inmediatez de las comunicaciones y la universalización de la educación, la preocupación medioambiental, etc.

La combinación de conocimiento, procesos, tecnologías e interacciones humanas que conforma un sistema moderno de prestación de cuidados de salud puede aportar grandes beneficios a las personas, pero también comporta riesgos inevitables y potenciales efectos adversos.

Desde la Fundación HUMANS estamos convencidos de que el concepto “humanización” no es una moda pasajera, sino un viejo concepto que, reactualizado, vendrá a quedarse con nosotros y en nuestras organizaciones, y que nos ayudará a integrar los avances científico-técnicos junto a la rehumanización de la asistencia sociosanitaria. Es por ello que debemos centrarnos en la potenciación, formación e investigación de la interrelación entre los profesionales, los pacientes y las organizaciones sociosanitarias desde una perspectiva humanista y psicoafectiva. Este espacio es el que denominamos “homosfera sociosanitaria”, y en él centra su actividad la Fundación HUMANS.

Según los datos del sistema de vigilancia del VIH/SIDA en España, cada nuevo portador de VIH/SIDA necesitará implementar una serie de cambios en su estilo de vida, como consecuencia del nuevo estado de salud y del impacto social que significa tener un diagnóstico positivo. Pero el cuidado no es un acto aislado, ni está suspendido en el vacío: tiene lugar en contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones que le confieren significado.



ONUSIDA en su informe, titulado "Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond" señala que las personas que viven con el VIH, y son objeto de una gran estigmatización a causa de él, tienen el doble de probabilidades de solicitar asistencia más tarde que aquellas personas que no se sienten estigmatizadas como consecuencia del VIH.

En los 19 países en los que se dispone de datos, una de cada cuatro personas seropositivas ha sido discriminada en entornos sanitarios, y una de cada tres mujeres que viven con el VIH ha sufrido al menos un tipo de discriminación en contextos sanitarios con respecto a su salud sexual y reproductiva.

Por todo ello, es necesario implementar un cambio de visión en la atención sociosanitaria, democratizar en las esferas de la vida políticas, sociales y profesionales, y esto implica hacer copartícipes y corresponsables a todas personas del ámbito donde nos desarrollamos. No consiste sólo en transmitir información y establecer comunicación, sino implantar mecanismos, herramientas e instrumentos de participación, y que ésta se pueda materializar en transformación de la realidad que nos rodea, incluido el campo de la humanización y los cuidados.

La innovación tecnológica y su condición disruptiva, así como el conocimiento global, deben ser oportunidades y no amenazas para una atención a la salud proactiva, personalizada y participada, llena de sentido humano en la relación del paciente con el sistema, con las instituciones y organizaciones que lo configuran y con el profesional que atiende sus necesidades clínicas, personales o de entorno.

Todo ello para hacer posible la definición de la OMS: un sistema sanitario humanizado es aquel cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre.

Con este proyecto, hemos pretendido lanzar un mensaje de confianza en el futuro, en la sociedad, en nuestros profesionales y en su capacidad para afrontar todos estos retos.

Queremos dar expresamente las gracias a los numerosísimos participantes de este estudio, que representan un amplio abanico de representantes de los distintos agentes relacionados con el VIH por su motivación, trabajo y generosidad a la hora de poner en común todos sus conocimientos. También agradecemos a Luzán 5 Health Consulting su capacidad de organización y trabajo, y a Gilead por su mecenazgo y alineamiento conceptual con la Fundación Humans, para tratar de transformar el modelo y el sistema sanitario en beneficio de los pacientes.

Julio Zarco

Director general de Clínica Universitaria Rey Juan Carlos.
Presidente de la Fundación HUMANS.
Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica de la UCM.

Santiago Moreno

Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid



1. ANTECEDENTES

Los primeros casos de infección por el **virus de inmunodeficiencia humana (VIH)** se conocieron hace más de 30 años. Desde entonces, los avances en el ámbito clínico se han sucedido de forma paulatina hasta convertir la infección por VIH en una enfermedad crónica. Sin embargo, el estigma asociado al VIH hace que las personas con VIH y **síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)** requieran de una atención especial por parte de los profesionales sociosanitarios. En esta atención, el aspecto que resulta fundamental para una mayor adaptación a las necesidades de estas personas es el de la **humanización**.

La humanización se entiende como la **aproximación del sistema sanitario a la persona** en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral. La persona es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratada como un ser humano, no como una enfermedad. La humanización no se restringe sólo a los profesionales sanitarios en contacto con la persona, sino que tiene impacto directo sobre la cultura de las organizaciones sanitarias, sobre la administración, sobre las ONG, sobre las políticas sanitarias y sobre personas y cuidadores.

La humanización, por tanto, requiere una aproximación integral de todos los aspectos relacionados con la persona, por lo que centrar la atención en la persona es fundamental. Para ello, hay que establecer un nuevo modelo de atención integral a las personas con VIH, que dé respuesta a los retos relativos a la **Humanización de la atención sociosanitaria a personas con VIH**.



2. JUSTIFICACIÓN

Ya en 1984, en España se empezó a tener en cuenta que la enfermedad hace que la persona se sienta indefensa, poniendo en evidencia la necesidad de contar con un sistema sanitario lo más humano posible. En ese año, se oficializó la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, que se llevó a la práctica mediante el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria 1. Con este referente, los numerosos planes estratégicos que se han desarrollado en España frente al VIH y al sida siempre han incluido **enfoques humanizadores**, aunque sólo en los más recientes se han incorporado capítulos específicos o líneas estratégicas dedicadas a garantizar la no discriminación e integración de las personas con VIH en condiciones de igualdad, y a trabajar en las barreras como la estigmatización para eliminar las impresiones negativas que genera la infección con VIH en la sociedad.

La **implicación** de todos los agentes que intervienen en el proceso asistencial, incluyendo las personas con VIH y sus familiares o personas más cercanas, y las entidades representativas de esta población, favorece el desarrollo e implementación de medidas políticas, sanitarias (o político-sanitarias) y sociales que mejoren el trato recibido por las personas, en términos de calidad asistencial y resultados en salud. En este sentido, la **Fundación HUMANS** apuesta por la humanización de la asistencia sanitaria dentro de sus objetivos, a través de los cuales pretende crear herramientas transformadoras que no sólo mejoren las organizaciones asistenciales, sino también crear, desde los principios del humanismo sociosanitario, una perspectiva integral en la aproximación al mundo de la persona con VIH, anclada en los principios de dignidad, respeto, igualdad, autonomía y empatía por el ser humano en su integridad.



3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollo de **líneas estratégicas, ejes de actuación y acciones para humanizar** la asistencia socio sanitaria a las personas con VIH y sus familias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Crear conciencia en el entorno socio sanitario de la **necesidad de humanizar la atención a las personas con VIH.**
2. Extender la **humanización a todo el sistema socio sanitario.**
3. Dar **soporte** en el proceso de incorporación de la humanización.
4. Fomentar la **equidad y homogeneidad** en la implantación de políticas de humanización.
5. Impulsar la **participación de todas las instituciones y agentes implicados** en el proceso de humanización en el diseño y planificación de estrategias.



4. GRUPO EXPERTO

COORDINADORES:

Dr. Santiago Moreno Guillén

Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Dr. Julio Zarco Rodríguez

Presidente de la Fundación Humans. Director de personalización y RSC del Hospital Clínico San Carlos. Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Madrid

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO:

D^a. Alicia Álvaro Gómez. Estudiante de Medicina de la UCM. Madrid

Dr. Antonio Antela López. Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

D^a. Luz Caballero González. Jefe de Sección Trabajo Social. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Dr. Vicente Estrada Pérez. Jefe de Sección de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Dra. Blanca Fernández-Lasquetty. Enfermera Doctora. Directora de Enferconsulty. Patrono de la Fundación Humans

Dr. Carlos Folguera Olías. Farmacéutico. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Coordinador nacional Grupo AF-VIH. Madrid

Dra. María José Fuster Ruiz de Apodaca. Directora-Gerente de SEIsida

Dra. Guadalupe Olivera Cañada. Médico de familia. Doctora en Epidemiología y Salud Pública.
Directora de Continuidad asistencial del Hospital Clínico San Carlos. Madrid

D. Luis Panadero Carlavilla. Farmacéutico. Vicepresidente 3º del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

D. Toni Poveda Martínez. Director de CESIDA (Coordinadora Estatal VIH-sida)

Dª. Margarita Ramírez Schacke. Enfermera de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

D. Félix Rubial Bernárdez. Gerente de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) de Ourense. Ourense

Dr. Rafael Rubio García. Unidad de Infección VIH. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid

Dr. Pablo Saiz de la Hoya Zamácola. Médico. Servicios Médicos Centro Penitenciario de Fontcalent (Alicante 1). Alicante

EQUIPO CONSULTOR:

Deborah Kukielka Zunzunegui. Chief Business Consulting Officer

Vanesa Peña Granero. Chief Operations Officer



5. METODOLOGÍA

El desarrollo de este proyecto se ha llevado a cabo en **dos** fases:

FASE 1. Diagnóstico de la situación actual de los planes estratégicos de Prevención y Control de la infección por el VIH en relación a la Humanización de la asistencia sanitaria.

En esta fase se ha realizado una **revisión narrativa** de los programas publicados en los portales de salud de las comunidades autónomas (CCAA). Para esta revisión se han analizado los planes de salud de VIH y los planes de humanización que se encontraban todavía en periodo de aplicación en 2018. A estos planes se añadieron los documentos estatales del Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS (2013-2016) y su prórroga (2017-2020).

FASE 2. Identificación de líneas estratégicas, ejes de actuación y acciones para humanizar la asistencia sociosanitaria de las personas con VIH y sus familias.

A partir del análisis de la fase 1, se trabajó con el comité científico en la identificación de **qué acciones deberían completar** las recogidas en los planes y documentos revisados. Mediante la utilización de metodologías colaborativas basadas en el *Design Thinking*, se identificaron estas acciones y se profundizó en la manera de implementarlas, siempre manteniendo su orientación hacia la humanización de la asistencia sanitaria a personas con VIH.



FASE 1

**Diagnóstico de la situación actual
de los planes estratégicos de prevención
y control de la infección por VIH
en relación a la humanización
de la asistencia sanitaria**



INTRODUCCIÓN

HUMANIZACIÓN EN LA ASISTENCIA DE PERSONAS CON VIH

Se han realizado grandes avances en el conocimiento y el tratamiento de la infección por el VIH desde que se conociesen los primeros casos hace más de 30 años. En los primeros años de la epidemia del VIH, dentro de la atmósfera de prejuicio, miedo y culpabilización de las personas, fueron grupos de profesionales auto-seleccionados los que dieron un ejemplo de empatía y altruismo, constituyendo uno de los mejores ejemplos de humanización en la asistencia².

El avance sin precedentes en el tratamiento farmacológico ha transformado la infección por el VIH en una infección crónica, pero que tiene importantes connotaciones médicas y psicosociales complicadas e interconectadas^{3,4}. En este momento, desde el punto de vista clínico, las personas con VIH de larga evolución son consideradas como la población con mayor pluripatología y polifarmacia, sólo que estos problemas pueden que aparezcan de forma más precoz que en la población general⁵. Las personas con la infección por el VIH pueden tener una buena calidad de vida. Sin embargo, en la esfera psicosocial, el estigma, la discriminación, la exclusión y la desigualdad siguen haciendo a las personas especialmente vulnerables, y obstaculizan su acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH. Entre los anteriores, el estigma social se ha relacionado de manera intrínseca con el VIH y el sida desde que se inició la epidemia a principios de los años ochenta⁶.

Uno de los recursos asistenciales que a lo largo de esta década se han desarrollado más para la atención de personas con VIH ha sido el hospital de día/ unidades hospitalarias especializadas, que han ido adaptándose a las necesidades cambiantes de estas personas, comorbilidades, toxicidad, interacciones y adherencia a los fármacos, urgencias diurnas y ensayos clínicos⁷. Sin embargo, la valoración de las prácticas y cuidados en personas con VIH muestran cómo servicios integrales y completos, la atención de la salud mental, el tratamiento del uso y abuso de drogas, los servicios de reducción de daños y riesgos, el acceso a vivienda y el apoyo financiero tienen una gran importancia para la persona con VIH^{3,4}.

El proceso de enfermar hace que las personas se sientan vulnerables y frágiles, más aún en el caso de la infección por el VIH, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad en la interacción con ellas^{8,9}. Humanizamos cuando atendemos a las personas desde su concepción holística y se considera vital cuando las personas se encuentran en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, debido a los procesos de enfermedad¹⁰.

Reconociendo la importancia de un enfoque holístico, ONU sida (2011) y la Global Network of People Living with HIV (GNP+) establecieron el “Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positivas” que representa



un cambio fundamental en la forma en que las personas que viven con el VIH se involucran en la respuesta a esta infección¹¹. Las líneas de la iniciativa buscan fomentar el rol de liderazgo de las personas con el VIH, transformar el concepto de acceso a los servicios (desde un sencillo modelo biomédico hasta un enfoque holístico que responda a las necesidades de las personas que viven con el VIH y sus familias en sus comunidades), colocar a la persona con VIH en el centro del debate, hacer una llamada para la implementación de un conjunto integral de acciones a nivel de políticas y provisión de servicios, que tengan en cuenta el entorno en que vive la persona y, por último, reconocer la importancia de dar respuesta no solamente a sus necesidades clínicas, sino también a sus necesidades de salud y a la protección de sus derechos humanos. La finalidad del proyecto era dar forma a la manera en que distintas entidades trabajan con las personas que viven con el VIH: dejando atrás el trato a estas personas como objetos pasivos de los mensajes de prevención, para reconocerles como participantes activos en la respuesta global al VIH^{11,12}.

Humanizar el mundo de la salud es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de los profesionales de la salud, el desarrollo de planes de cuidados, etc¹³. La autogestión de la salud (es decir, el empoderamiento de la persona para contribuir de una manera informada al tratamiento de su enfermedad) y el cuidado centrado en la persona (es decir, la capacidad del sistema de trasladar el protagonismo de la enfermedad a la persona) constituyen pilares fundamentales en relación a la humanización del cuidado de las personas¹⁴⁻¹⁶.

A pesar de tratarse de un concepto esencial de la atención en salud, la toma de conciencia sobre la necesidad de incorporar estrategias humanizadoras en los planes de salud en España es relativamente reciente y se ha producido de una forma desigual, los cauces de participación de la ciudadanía en el actual contexto sanitario nacional parecen estar todavía en una fase incipiente.

El interés por mejorar los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria es creciente y necesita de colaboración multidisciplinar en todos los ámbitos del sistema sanitario, así como de recursos para poder integrarla en su cultura¹⁷. Los principales problemas detectados en el análisis de la situación de los aspectos humanísticos en la asistencia sanitaria en España son la escasa aplicación de la normativa vigente, la concepción limitada a consulta y asesoría, la escasez de recursos, la falta de representatividad, la falta de formación de profesionales y ciudadanía, la poca evaluación y análisis y la poca transcendencia de las críticas y de los acuerdos¹⁸.



LA HUMANIZACIÓN EN LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA

En 1997 se aprobó el primer plan estratégico frente al VIH/sida en España¹⁹. Los grandes objetivos fueron los que en 1987 aprobó la Asamblea Mundial de la Salud: prevenir nuevas infecciones, reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia y movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección por el VIH. Si bien no se incorporaban objetivos identificados directamente como humanizadores en el manejo de la persona con VIH, sí que se incluyeron enfoques humanizadores en varios de sus objetivos desde el principio.

Los principios rectores que han regido los sucesivos planes multisectoriales frente a la infección por el VIH y el sida derivan de la Constitución Española, de la Ley General de Sanidad y de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En consonancia con estos principios constitucionales, el Plan Multisectorial frente a VIH/sida, 2008-2012 incorporó por primera vez un capítulo específico dedicado al problema de la estigmatización y discriminación de las personas afectadas, considerando estas situaciones como una vulneración de sus derechos humanos, reconociendo que esta vulneración puede suponer un obstáculo para la prevención y el tratamiento del VIH. Por ello, todas las estrategias incluyen objetivos destinados a proteger el disfrute efectivo de los derechos humanos de las personas con VIH, a eliminar barreras en su acceso a los distintos servicios y a promover su integración en una sociedad más informada, respetuosa y solidaria.

Estos planes han sido el marco de referencia para la respuesta a la epidemia y para el diseño de los planes autonómicos de respuesta al sida, así como para establecer el marco de relación con los organismos internacionales y la sociedad civil.

A nivel nacional, en febrero de 2017, por consenso de todos los agentes implicados en la respuesta al VIH, se aprobó prorrogar el Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS 2013-2016 hasta el año 2020²⁰.

Dicho plan surgió en el año 2013 con una visión de trabajo conjunto de todos los agentes implicados en la respuesta al VIH, adaptándose a los cambios en las necesidades sociosanitarias de todas las personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). En concreto, su tercera y cuarta línea estratégica están dedicadas a la mejora de los resultados en salud y a garantizar el acceso igualitario. Hasta la fecha, dos de los grandes logros han sido la aprobación del Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH, y la elaboración de un Documento Técnico por la no discriminación y la igualdad de trato hacia las personas con VIH, sobre los criterios médicos para el acceso a los puestos laborales de la función pública con la colaboración de los servicios médicos de la Policía Nacional, la Guardia Civil y el Ministerio de Defensa y se ha diseñado e implementado la Encuesta de Situación Laboral de las personas con VIH en España con la colaboración de las ONG y algunos sindicatos.



METODOLOGÍA PARA LA REVISIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA HUMANIZACIÓN EN LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA

Ante la ausencia de un documento marco a nivel nacional que identifique de forma específica la humanización de la asistencia en personas con VIH, en el presente documento se han propuesto las siguientes categorías para agrupar las intervenciones con una base humanizadora de los distintos planes de salud y estrategias revisadas en el área del VIH:

1. **Asistencia sanitaria integral e integrada a las personas con VIH.**
2. **Homosfera de humanización para las personas con VIH**, entendida como el conjunto de interrelaciones mutuas, entre profesionales sociosanitarios, las organizaciones y las personas, que integra todos los elementos que garantizan una atención humana en los campos psicoafectivo y social, para que todas las personas, cuando necesitan asistencia sanitaria, se sientan acogidas con la humanidad necesaria por los sistemas de salud.
3. **Eliminación del estigma y la discriminación.**

No obstante, algunas actuaciones tienen un carácter transversal y podrían ser entendidas como intervenciones en varias de estas categorías. Con el fin de identificar correctamente estas estrategias en los planes de salud, se han considerado como fuentes de información:

- Planes estratégicos de humanización en salud, considerando únicamente aquellas medidas que involucren (explícita o implícitamente) el manejo de personas con VIH.
- Planes estratégicos de atención a la persona con VIH que puedan contener líneas de acción humanizadoras.

Tras la búsqueda y análisis del listado completo de programas publicados en los portales de salud de cada una de las comunidades autónomas, se han identificado 14 planes de salud de VIH y dos planes de humanización todavía en periodo de aplicación en 2018 (tabla I). Estos planes, junto con los documentos estatales del Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS (2013-2016) y su prórroga (2017-2020) han sido la base para realizar la presente revisión. Los planes multisectoriales previos (del 1997 hasta 2013) no se han considerado para la revisión.



Tabla I. Planes estratégicos incluidos en el presente documento

	Documento	Periodo de aplicación
PLANES AUTONÓMICOS		
Andalucía	Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS ²¹	2010-2015
Asturias	Estrategia para reducir el impacto sanitario y social de la infección por VIH-sida en Asturias 2003-2007 ²²	2003-2007
Baleares	Estrategia de VIH/sida ²³	*
Cantabria	Plan de salud de Cantabria ²⁴	2014-2019
Castilla-La Mancha	Estrategias para el control de la infección por VIH ²⁵	2014-2017
Cataluña	Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2016-2020 Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya ²⁶	2016-2020
Ceuta	II Plan de Actuación frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual en la Ciudad Autónoma ²⁷	2015-2017
C. Valenciana	Estrategia para la prevención del VIH/sida y otras ITS ²⁸	2012-
Extremadura	Plan de acción sobre el VIH/sida ²⁹	2018-2021
Galicia	Plan Galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS) ³⁰	2015-2018
Murcia	Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia ³¹	2010-2015
Navarra	Programa de prevención y control del sida ³²	*
País Vasco	Plan Estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual ³³	2015-2018
PLANES DE HUMANIZACIÓN		
Madrid	Plan de humanización de la asistencia sanitaria ³⁴	2016-2019
Castilla la mancha	Plan dignifica ³⁵	2017
PLANES ESTATALES		
CESIDA	Plan estratégico de la coordinadora estatal de VIH/sida ³⁶	2017-2019
CESIDA	Manual de Apoyo. Promoción de la salud y prevención del VIH a través de la educación entre pares en el contexto hospitalario ³⁷	*
Secretaría del Plan Nacional sobre el sida	Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS ³⁸	2013-2016
Secretaría del Plan Nacional sobre el sida	Prórroga Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS ²⁰	2017-2020

*No disponen de un periodo específico de aplicación



ESTRATEGIAS HUMANIZADORAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH

1. ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL E INTEGRADA A LAS PERSONAS CON VIH

Desde el inicio de la epidemia, la provisión de la atención médica de las personas con VIH ha recaído en gran medida en la Atención Especializada. En el S. XXI, se propone la asistencia de las personas con VIH como un modelo transversal colaborativo, en el que, a través de distintos profesionales, se pueda realizar una valoración global e integral de la persona⁵.

En ese sentido, la mayoría de las acciones proponen medidas para garantizar la continuidad asistencial mediante la coordinación de las distintas redes asistenciales y el desarrollo y potenciación de programas asistenciales integrados para las personas con VIH.

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

Plan estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS (2017-2020)

La línea estratégica 3. **Mejorar los resultados en salud**, destaca la importancia de la adherencia a la atención, concepto que algunos autores han llamado “el compromiso con la atención”. En ese sentido, el objetivo 8 persigue **garantizar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad asistencial entre niveles asistenciales**. Para ello, recomienda impulsar la monitorización de la adherencia al seguimiento o retención de las personas con VIH y reforzar la coordinación para la correcta derivación, tratamiento y seguimiento de las personas con VIH entre las Unidades Hospitalarias de VIH con Atención Primaria, los centros de ITS e Instituciones Penitenciarias.

Los puntos clave propuestos son:

- Impulsar desde las Unidades hospitalarias de VIH la monitorización de la retención de las personas con VIH (adherencia al seguimiento), incluyendo en toda historia clínica un apartado que permita detectar posibles conductas de riesgo de la infección por VIH y otras ITS.



5. Metodología

- Coordinar la atención mediante la historia clínica compartida entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) y proporcionar a los profesionales formación en habilidades de comunicación, herramientas y técnicas de entrevista, que faciliten el abordaje de la vida sexual a cualquier edad.
- Fomentar la continuidad de cuidados, y facilitar la derivación desde cualquier centro de diagnóstico, tanto sanitario como comunitario, a centros especializados, o a Unidades de Cuidados Paliativos, si se precisara.
- Por último, reforzar la coordinación para la correcta derivación, tratamiento y seguimiento de las personas con VIH entre las Unidades hospitalarias de VIH con los centros de ITS e instituciones penitenciarias.

ANDALUCÍA

Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS (2010-2015)

En la Estrategia 3, **Mejora la atención sanitaria y diagnóstico precoz de VIH**, se plantea que la atención sanitaria a las personas con VIH debería seguir el mismo esquema que el resto de los problemas de salud crónicos, con un plan de seguimiento y cuidados desde AP. Para ello se propone potenciar la implantación del PAI VIH/sida (Proceso Asistencial Integrado VIH/sida) que define las pautas de acceso, diagnóstico, tratamiento y cuidados necesarios para las personas con VIH. Se proponen objetivos dirigidos a garantizar que todas las personas con VIH reciban atención sanitaria en el nivel más adecuado a su situación y accedan al tratamiento con criterios de calidad y equidad. También se busca mejorar la coordinación entre el sistema sanitario y el resto de las instituciones y organismos que desempeñan o pueden desempeñar un papel en el diagnóstico y la asistencia a personas con VIH (ONG, asociaciones, entidades locales, otras Consejerías, etc.). Se propone pilotar el proceso de transferencia de personas con VIH estables para su seguimiento en AP y la creación de una comisión en cada Área Hospitalaria para definir el proceso de transferencia de personas de Atención Hospitalaria (AH) a AP junto con la descentralización de la dispensación de tratamiento antirretroviral.

ASTURIAS

Estrategia para reducir el impacto sanitario y social de la infección por VIH-sida en Asturias (2003-2007)

La línea estratégica 3 propone **Mejorar la asistencia sanitaria y favorecer la reincorporación social de las personas afectadas**. La estrategia 10, dentro de esa línea, desarrolla una red de centros y servicios de atención a la infección por VIH adaptados a las necesidades de las personas y a la situación evolutiva de la infección e incluye iniciativas como el desarrollo de programas integrados de atención al VIH en el Área Sanitaria, programas de tratamientos supervisados de tuberculosis en personas con problemática social, aten-



ción a personas en situación avanzada de enfermedad y poco apoyo sociofamiliar, instaurar la figura del responsable de caso, facilitar el acceso a la red de salud mental a personas con comorbilidad psiquiátrica, incrementar plazas en centros de día y desarrollar centros de acogida similares a los centros “Calor y Café”. La estrategia 11 busca favorecer el acceso universal precoz a los servicios de diagnóstico y tratamiento. Para ello, se desarrollan protocolos para la adecuada atención a las mujeres gestantes con VIH y para la correcta actuación ante exposición accidental al VIH. Se pretende facilitar diagnóstico y tratamiento a aquellas personas con problemas de uso y abuso de drogas, incorporar un programa integral de atención a las infecciones de transmisión sexual y concretamente facilitar la atención sanitaria a las personas que están en el centro penitenciario de Villabona.

BALEARES

Estrategia de VIH/sida

La **Estrategia en atención sanitaria y social** busca garantizar la atención integral de las personas con VIH; para ello se propone incrementar la coordinación entre las redes asistenciales (AP, AE, centros de atención a las adicciones (CAD), centros penitenciarios, etc.), integrar actividades de prevención en la práctica asistencial y potenciar la coordinación con los recursos sociales garantizando la atención a las necesidades especiales según la situación social, las características personales y la fase de la infección.

CANTABRIA

Plan de salud de Cantabria (2014-2019)

El Plan de Salud de Cantabria, en su línea estratégica 4.6, enmarca **las enfermedades transmisibles**, en los objetivos generales incluye la promoción de la atención sanitaria y social de las personas con VIH y otras ITS. Dentro de las intervenciones en atención especializada se recoge en el objetivo 29, garantizar la continuidad en la asistencia de las personas con VIH entre AP y AE estableciendo una vía clínica específica para cada uno de los procesos con criterios de equidad, accesibilidad y confidencialidad, así como implementando la Estación Clínica de Atención Primaria para tal fin. Finalmente, en el objetivo 31, garantizar la equidad y el acceso igualitario al tratamiento y seguimiento clínicos de las personas y la continuidad asistencial entre diferentes niveles de atención en salud con el apoyo de la herramienta OMI-AP estableciendo protocolos de actuación coordinada entre Atención Primaria, Especializada y Salud Pública, que garanticen el acceso a la información y la continuidad asistencial, así como sistemas de información armonizados.



CASTILLA LA MANCHA

Estrategias para el control de la infección por VIH (2014-2017)

Dentro del Plan estratégico en el **programa de atención asistencial** se encuentra como objetivo 3, **garantizar el tratamiento a todos los pacientes afectados por el complejo VIH/sida**. Para ello se detalla que las Unidades Hospitalarias de VIH/sida elaborarán protocolos de actuación y de tratamiento con el objetivo de homogeneizar las prestaciones en la región y actuar con las medidas más eficientes. En todas las Unidades Hospitalarias de VIH/sida se habilitará un teléfono de consulta para asesorar e informar a los médicos de Atención Primaria. Los médicos de Atención Primaria recibirán formación y asesoramiento por parte de las Unidades Hospitalarias de VIH/sida para que puedan llevar a cabo el seguimiento ambulatorio de las personas con VIH, siempre en estrecha coordinación entre ambos niveles de la asistencia sanitaria. Se mantendrán los recursos existentes para el tratamiento paliativo de las personas con VIH en fase avanzada. Los responsables del Plan llevarán a cabo una evaluación constante de los recursos existentes para adaptarlos a las necesidades existentes en cada momento.

Plan dignifica (2017)

El Plan Dignifica, en el marco del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), pretende mejorar las relaciones clínico-asistenciales, de manera que los clásicos principios bioéticos de beneficencia, autonomía, justicia y cuidado (o no maleficencia) sean prácticas reales incorporadas en su actividad por la totalidad de profesionales del sistema. Este plan, junto con las Redes de Expertos y Profesionales y la Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha, constituyen las tres herramientas del SESCAM con las que hacer posible un sistema sanitario más justo y de mayor calidad. La línea estratégica 2 de este Plan está centrada en la **Asistencia Sanitaria Integral e Integrada** y defiende que la ejecución de los procedimientos de la asistencia sanitaria, junto a la calidad científico-técnica, debe impregnarse de principios humanizadores que den como resultado personas corresponsables y parte activa de su proceso asistencial, sin olvidar aspectos como la seguridad, la mejora de la coordinación y continuidad de los cuidados, la mejora de los circuitos de derivación y hospitalización etc. Con esta línea se pretende también destacar la importancia de la continuidad de la asistencia, integrada en los dos niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.



CATALUÑA

Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2016-2020. Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya (2016-2020)

EL plan marca como objetivo general **Promover la atención integral de las personas que viven con el VIH/sida u otras ITS** en los diferentes ámbitos y se encuadran como acciones la potenciación y mejora de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (incluido el comunitario); análisis del actual mapa de activos; promoción de equipos interdisciplinarios; velar por la equidad territorial; la creación y promoción de la figura del gestor de caso para facilitar el paso de pediatría a adultos; y el desarrollo del programa y figura de Enfermería de enlace para asegurar la continuidad asistencial de las personas que han estado en la cárcel y que alcanzan la libertad.

CEUTA

II Plan de Actuación frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual en la Ciudad Autónoma (2015-2017)

Los programas de este plan, dirigidos a la prevención del VIH y otras ITS, se destinan a abordar las desigualdades mediante acciones específicas concentradas en grupos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o con mayor dificultad de acceso a los servicios.

En cuanto a la **atención sanitaria y social**, el objetivo propuesto es garantizar la atención de las personas con VIH y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Para ello, las acciones se centran en la coordinación entre las redes de asistencia sanitaria (Atención Primaria, Atención Especializada, Unidad de Conductas Adictivas, Centro penitenciario, Centro de Estancia Temporal para inmigrantes, etc.), facilitando la atención integral de las personas con VIH; la derivación de aquellas personas afectadas que necesiten un asesoramiento psicosocial y jurídico desde la unidad de VIH/sida del Hospital Universitario de Ceuta a las Asociaciones implicadas; y la coordinación con los dispositivos y recursos sociales, garantizando la atención a las necesidades especiales según la situación social, las características personales y la fase de la enfermedad.



COMUNIDAD VALENCIANA

Estrategia para la prevención del VIH/sida y otras ITS (2012-)

El plan se dirige a reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia mejorando la asistencia sanitaria a las personas que viven con VIH. La tarea sanitaria recae fundamentalmente sobre la atención especializada en los Servicios de Medicina Interna/Unidades de Infecciosos y de los Servicios de Farmacia/Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de los hospitales de la Conselleria de Sanidad, que realizan la labor asistencial y de refuerzo a la adherencia al tratamiento.

EXTREMADURA

Plan de acción sobre el VIH/sida (2018-2021)

En el Plan de Acción sobre el VIH/sida y otras ITS en Extremadura 2018/2021, el área estratégica 2ª **Atención a personas seropositivas al VIH** se basa en ofrecer cuidados integrales a las personas con VIH optimizando los recursos y respondiendo de manera rápida y eficaz a sus necesidades.

Incluye el objetivo 3, destinado a **asegurar las prestaciones sanitarias dirigidas a personas seropositivas al VIH**. La línea de actuación contempla el mantenimiento, en condiciones de igualdad, de las prestaciones sanitarias que garanticen una atención integral a las personas con VIH que residan en la comunidad autónoma, incidiendo en los siguientes recursos: tratamiento antirretroviral (reforzando la adherencia al mismo en los casos que sea necesario); tratamiento de las alteraciones metabólicas derivadas de la infección por VIH; tratamiento y técnicas de reproducción asistida para parejas serodiscordantes o parejas en las que los dos miembros tengan VIH; tratamiento de coinfecciones como VIH con tuberculosis, VIH con el virus de la Hepatitis C (VHC) u otras hepatitis, otras infecciones de transmisión sexual e infecciones oportunistas; tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH y/o enfermedades indicativas de sida.

El objetivo 7 incluye promover la coordinación entre los niveles asistenciales del Sistema Sanitario Público de Extremadura, Instituciones Penitenciarias y agentes sociales. Además, las líneas de actuación se orientan al mantenimiento y renovación, cuando proceda, de las estructuras que garanticen la coordinación, tales como, la Oficina de Coordinación de VIH, el Coordinador Autonómico, los Coordinadores de Área y el Consejo Asesor, el avance en la coordinación entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y especializada del Servicio Extremeño de Salud y la evaluación, revisión y actualización del servicio 410 "Atención a pacientes con VIH/sida" de la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud.



GALICIA

Plan Galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS) (2015-2018)

El objetivo 3 del Plan Galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS) 2015-2018 busca **garantizar la asistencia sanitaria y el tratamiento de las personas con VIH y otras ITS**. Las líneas estratégicas incluyen los siguientes aspectos: Cobertura universal del sistema sanitario y social de personas con VIH y otras ITS, y que los servicios sociales y de salud respondan a las necesidades de las personas afectadas al mejorar su salud y bienestar.

Para su consecución se establecen las siguientes acciones dirigidas:

1. Los tratamientos contra el VIH, el VHC y otras ITS seguirán el consenso nacional e internacional y las estrategias terapéuticas establecidas por las agencias de salud competentes.
2. Se difundirá información sobre los recursos sociales y los beneficios a los que pueden acceder las personas con VIH con discapacidades o problemas socioeconómicos.
3. Se actualizará la capacitación del personal de salud para promover la atención médica y social de calidad, incluida la perspectiva de género, y se garantizará la máxima confidencialidad y el respeto de los derechos de las personas con VIH. Además, se promoverá la formación de personal de servicios sociales y ONG adaptados a sus competencias.
4. Promoción de actividades sociales y de salud, con una perspectiva de género, desarrolladas por entidades privadas sin fines de lucro, tales como atención domiciliaria, atención a cuidadores, atención a familias de personas con VIH, grupos de autoayuda, atención psicológica de personas afectadas, etc.
5. Convocatoria anual de subsidios para proyectos de salud pública en el campo del VIH que incluyan actividades sociosanitarias.

MURCIA

Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia (2010-2015)

El capítulo de **Enfermedades Infecciosas** del Plan de Salud incluye como propósito la mejora de la atención sanitaria integral de las personas con VIH mediante guías operativas con pautas de seguimiento y tratamiento integral, para aplicar de forma homogénea en todas las áreas de salud, incluyendo el tratamiento de la infección, el manejo de las complicaciones derivadas y el acceso a otros servicios con creciente demanda entre las personas con VIH.

Del mismo modo, promueve el desarrollo de políticas de colaboración interinstitucional, interdisciplinar y participación ciudadana, reforzando el liderazgo de la consejería de sanidad y consumo en la coordinación de actividades relacionadas con la prevención del VIH y la atención a las personas con VIH.



NAVARRA

Programa de prevención y control del sida (1995)

Dentro de los objetivos del plan se encuentra garantizar la atención adecuada física, psicológica y/o social a las personas con prácticas de riesgo, con infección por el VIH, enfermas y/o seres queridos (en la red de utilización pública y/o en los organismos comunitarios).

PAÍS VASCO

Plan Estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (2015-2018)

La línea estratégica 3. **Mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y otras ITS** enmarca el objetivo 5 que está orientado a garantizar el correcto seguimiento y tratamiento de las personas, a impulsar desde las Unidades hospitalarias de VIH, la adherencia al seguimiento y a reforzar la coordinación para la correcta derivación, tratamiento y seguimiento de las personas con VIH, entre los centros de ITS e instituciones penitenciarias y las unidades hospitalarias de VIH.

2. HOMOSFERA DE HUMANIZACIÓN PARA LAS PERSONAS CON VIH

En este ámbito se han considerado sólo los programas en los que se han identificado actuaciones dirigidas a la humanización de relaciones interpersonales, médico-paciente, paciente-familia, gerente-administración sanitaria, profesionales no sanitarios-pacientes, etc.

Un punto importante en la humanización de la asistencia sanitaria es la participación de los ciudadanos y familiares en los servicios y en la toma de decisiones que afectan a su salud partiendo de una adecuada información previa. Esta participación favorece el empoderamiento de la persona con VIH, aumentando su autoestima y su responsabilidad. Este apartado recoge acciones que fomentan la participación de personas, familiares y movimientos asociativos en los procesos de atención de las personas con VIH.



CESIDA

Plan estratégico de la coordinadora estatal de VIH/sida (2017-2019)

El objetivo 2 presenta la **incidencia política** como una de las prioridades de CESIDA y una de sus razones de ser. Se propone entre otras líneas de actuación, promover la participación de y las personas con VIH en la toma de decisiones sobre su salud en el sistema sanitario. Para ello, se proponen reuniones con la Alianza General de Pacientes y la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, acciones para la visualización de las personas con VIH en la plataforma de organizaciones de pacientes y acciones orientadas al empoderamiento de las personas.

Manual de Apoyo. Promoción de la salud y prevención del VIH a través de la educación entre pares en el contexto hospitalario

A nivel nacional como parte de las estrategias emergentes de “prevención positiva”, la coordinadora estatal CESIDA elaboró el proyecto de promoción de la salud y prevención del VIH a través de la educación por pares en el contexto hospitalario, ayudando a las personas que han contraído el virus o desarrollado la infección para proteger su salud, retrasar el progreso de la infección, mitigar su afectación anímica desarrollando su autoestima y evitar la transmisión del VIH a otras³⁷.

ANDALUCÍA

Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS (2010-2015)

La estrategia 7 plantea de forma pionera la **Prevención positiva, calidad de vida y promoción de la salud en personas con VIH**. Se basa en que la prevención, la adopción de hábitos saludables, los cuidados sanitarios y de soporte emocional deben estar interrelacionadas para que las personas con VIH puedan desarrollar una vida plena y segura y defiende que en la prevención de la transmisión sexual del VIH la responsabilidad es compartida.

En línea con lo anterior la estrategia 8, **Responsabilidad compartida y alianzas estratégicas**, busca crear alianzas con otros sectores públicos, administraciones, asociaciones empresariales y las sindicales para obtener mayor eficacia y eficiencia en la prevención del sida y de las ITS, así como la promoción de relaciones sexuales saludables y seguras. En complementariedad se pretende introducir la perspectiva de la prevención del sida y de las ITS y la promoción de relaciones sexuales saludables y seguras en los diferentes planes y programas (inmigración, prostitución, Forma Joven, etc.) que se dirijan a abordar situaciones de mayor vulnerabilidad.



5. Metodología

Como parte de los objetivos se busca mejorar la comunicación, colaboración y coordinación entre las diferentes administraciones sectoriales, empresas o asociaciones involucradas. Esto se articula en el área de la participación mediante la incorporación de la ciudadanía a las estrategias de mejora de la calidad de los servicios y programas, el apoyo del movimiento asociativo de personas afectadas y familiares, la articulación y potenciación de la participación activa de afectados/afectadas y familiares en todos y cada uno de los ámbitos de desarrollo en la elaboración, aplicación y seguimiento del Plan mediante la participación de asociaciones de profesionales y colectivos, y el desarrollo de acuerdos de asociación entre instituciones públicas, asociaciones y otros actores (sindicatos, empresa...) en los niveles autonómicos, provincial y local.

ASTURIAS

Estrategia para reducir el impacto sanitario y social de la infección por VIH-sida en Asturias (2003-2007)

Dentro de la línea política 1, **Trabajar con la sociedad para articular una respuesta social organizada frente a los problemas derivados de la infección por VIH-sida en Asturias**, la estrategia 1 promueve establecer mecanismos de participación en la comunidad para mejorar la respuesta social organizada frente a la infección por el VIH.

CASTILLA LA MANCHA

Plan dignifica (2017)

La línea estratégica 5, **Implicación y Participación ciudadana**, promueve la participación de todas las partes activas de la humanización, intentando involucrar e implicar a toda la sociedad, captando líderes e informantes clave entre profesionales, personas usuarias, asociaciones y otros colectivos. Establece que las nuevas personas usuarias, consumidoras, pacientes y la ciudadanía en general, deben desempeñar un papel cada vez más importante en el sistema sanitario público. También busca una mayor transparencia en la gestión de recursos públicos, con la participación e implicación en la toma de decisiones de los agentes, no solo a nivel clínico e individual, sino en el establecimiento conjunto de prioridades con las personas responsables de la gestión.



MADRID

Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (2016-2019)

El Plan de humanización de la asistencia sanitaria define las líneas y programas de actuación para mejorar la humanización de la asistencia sanitaria en todos los centros, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Sanidad. Contempla distintas áreas de intervención y aspectos relacionados con el cuidado del trato, la comunicación y la información, el cuidado de la relación, los cuidados a lo largo de la vida, cuidar con respeto, cuidar el bienestar y el confort, y sensibilizar a los profesionales como agentes de humanización.

La participación ciudadana y de los profesionales constituye una de las fortalezas de este Plan que ha permitido definir e incorporar estrategias e intervenciones a partir de las opiniones y propuestas expresadas por las personas sobre sus necesidades, demandas y expectativas en relación con la humanización de la asistencia sanitaria.

3. ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Aunque la legislación española garantiza la protección de los derechos de las personas con el VIH, la discriminación (directa, indirecta y/o por asociación) relacionada con la infección por el VIH no ha desaparecido³⁹. Del mismo modo, el estigma asociado al VIH es un factor que puede mermar gravemente el éxito terapéutico, así como incidir de forma muy negativa en la salud mental y calidad de vida de las personas con VIH y familiares⁵. La mayoría de las acciones propuestas en los planes evaluados proponen iniciativas de información, educación y sensibilización sobre la infección en distintos entornos. Se recogen acciones destinadas a fomentar la integración de las personas con VIH en la sociedad mediante ayudas específicas y se propone facilitar la accesibilidad a procedimientos de denuncia y asesoramiento en casos de discriminación relacionada con el VIH.

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

Plan estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS (2017-2020)

La línea estratégica 4, **Garantizar el acceso igualitario**, busca reforzar la atención prestada, priorizando la protección de los derechos de las personas con VIH, y avanzar en la eliminación de cualquier trato discriminatorio hacia ellas.



5. Metodología

Se desarrolla en los objetivos 9. **Promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH e ITS** y el 10. **Garantizar la igualdad en el acceso a la prevención y la atención socio-sanitaria de las personas con VIH e ITS**. Se incluyen como puntos clave:

- Aprobar el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH39, e impulsar las adhesiones de las distintas organizaciones e instituciones implicadas (actualmente el plan ya está aprobado (ver a continuación).
- Analizar e implantar nuevas herramientas metodológicas para monitorizar la discriminación asociadas al VIH y a las ITS.
- Colaborar con las instituciones sanitarias y sociales para eliminar las barreras en el acceso a los servicios a las personas con el VIH o ITS.
- Definir indicadores de monitorización y evaluación del “Cuarto 90”: calidad de vida y discriminación buscando nuevas herramientas validadas.
- Repetir la Encuesta de Situación Laboral de las personas con VIH, ampliando variables que midan la autoexclusión.
- Proporcionar formación e información a los profesionales sanitarios sobre los derechos relativos a la salud y sobre las necesidades específicas de los grupos vulnerables, y sensibilizar sobre el derecho a la igualdad de trato y la no discriminación en el medio sanitario.
- Constituir un Grupo de Trabajo y un Documento técnico de derechos y deberes de las personas con VIH sobre cuestiones ético-legales.

Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH (2018)

El objetivo del pacto es eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH y al sida, garantizando la igualdad de trato y de oportunidades, la no discriminación, el respeto de los derechos fundamentales y la diversidad de las personas afectadas. La cobertura se dirige no sólo a las personas con VIH, sino también a aquellas de las que se presupone la infección, independientemente de su estado serológico, así como a sus familiares y personas allegadas, cualquiera que sea su condición o situación. Se desarrollará a través de un plan de acción intersectorial para su implementación en los próximos años y se plantea desde los principios de corresponsabilidad, multisectorialidad, participación social y equidad. Igualmente, este pacto social incorporará la perspectiva de género en sus diferentes niveles de desarrollo.

Se estructura en cuatro líneas de actuación con la propuesta de distintas acciones:

1. Favorecer la igualdad de trato y de oportunidades de las personas con VIH:
 - Vigilar las situaciones de discriminación.
 - Asegurar que los certificados médicos no incluyan el estado serológico como un indicador del padecimiento de enfermedad infectocontagiosa.



- Favorecer el acceso igualitario a prestaciones y servicios.
 - Ampliar las garantías de protección legal.
 - Promocionar políticas para evitar la discriminación laboral.
 - Responder a las situaciones de discriminación producidas desde el ámbito sanitario.
 - Garantizar el acceso a las técnicas de reproducción asistida y a la adopción.
 - Favorecer la libre circulación de personas con el VIH y con sida.
2. Trabajar en favor de la aceptación social
 - Reducir el estigma social.
 - Prevenir el estigma y la discriminación del VIH en el ámbito educativo.
 - Garantizar el derecho a la privacidad e intimidad personal de quienes viven con el VIH.
 3. Reducir el impacto del estigma en las personas con VIH:
 - Promover el empoderamiento de las personas con el VIH.
 4. Generar conocimiento que oriente las políticas y acciones frente a la discriminación.

CESIDA

Plan estratégico de la coordinadora estatal de VIH/sida (2017-2019)

CESIDA (Coordinadora estatal de VIH y sida) agrupa actualmente a 75 entidades muy heterogéneas, pero con un objetivo común que es la respuesta al VIH y sida en el Estado español. La lucha contra el estigma y discriminación queda recogida en dos de sus objetivos estratégicos.

El objetivo 2 presenta la **incidencia política** como una de las prioridades de CESIDA y una de sus razones de ser. Con este objetivo, se pretende promover la presencia estable y continuada de CESIDA en espacios de coordinación, asesoría y rendición de cuentas con administraciones públicas, partidos políticos, grupos parlamentarios, sindicatos y otros grupos de interés. Se propone entre otras líneas de actuación, promover la aprobación y puesta en marcha del Pacto de Estado ante el VIH, el sida, el estigma y la discriminación; promover la eliminación de la clasificación del VIH como categoría de enfermedad infectocontagiosa en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10); y promover el compromiso de las instituciones públicas de la Declaración de París.

Dentro del objetivo 5, **Igualdad en derechos**, se recoge que los derechos de las personas con VIH, su calidad de vida y la reducción del estigma y de todo tipo de discriminación sigue siendo una prioridad. Con este objetivo se pretende continuar con acciones orientadas al asesoramiento legal a personas con el VIH en relación a la vulneración de sus derechos, al registro y denuncia de los casos de vulneración de estos derechos y a la



5. Metodología

denuncia de empresas, administraciones o cualquier institución que contribuya a esta vulneración. Asimismo, se incluye el trabajo por los derechos de una población concreta como son las personas con el VIH privadas de libertad y las personas con el VIH de los países empobrecidos. Para ello marcan 5 líneas de actuación:

1. Brindar apoyo y asesoría legal a las personas con el VIH.
2. Trabajar por los derechos de las personas con el VIH privadas de libertad.
3. Realizar acciones de incidencia con empresas, sindicatos y administraciones públicas para identificar, denunciar y eliminar la vulneración de derechos de las personas con el VIH.
4. Garantizar el derecho a un acompañamiento y a una muerte digna.
5. Promover el trabajo con organizaciones de países empobrecidos que trabajen por los derechos de las personas con VIH.

ANDALUCÍA

Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS (2010-2015)

La estrategia 6, **Disminución del estigma y la discriminación social**, marca como objetivo garantizar la protección a las personas con VIH frente al estigma y la discriminación, fomentando la sensibilización y la información en la población general y en los profesionales de las distintas instituciones implicadas. Propone generar confianza en la ciudadanía sobre la seguridad de los protocolos y medidas dirigidas a prevenir la transmisión, así como en los tratamientos farmacológicos y su efectividad para ayudar a eliminar falsas creencias y estereotipos relacionados con la población afectada. En este punto, también se recomienda implicar a los distintos agentes sociales en el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar la imagen y acceso de las personas con VIH a los sistemas normalizados de atención. Para ello, se plantean como actividades actuaciones de apoyo y asesoramiento a profesionales de los medios de comunicación social, que conlleven la transmisión de mensajes claros, rigurosos y capaces de ofrecer una imagen positiva de las personas con VIH acorde a su realidad social.

Se busca incorporar a la estrategia de promoción de salud "Forma Joven" actuaciones destinadas a la promoción y al desarrollo de los derechos humanos y de una educación basada en la tolerancia, el respeto y la solidaridad hacia la persona con VIH.

Con la participación de ONG, asociaciones de empresarios y sindicatos, se pretende diseñar y llevar a cabo actividades de formación dirigidas al mundo laboral, encaminadas a eliminar mitos y prejuicios acerca del VIH y del sida, fomentando una mayor tolerancia y el respeto a los Derechos Humanos de las personas con VIH.

Se propone la incorporación de contenidos sobre estigma y discriminación a la formación del personal sanitario y de forma explícita, actividades de lucha contra el estigma y la discriminación de forma transversal en todos los proyectos y programas andaluces de prevención y atención a personas con VIH.



Se destaca la importancia de fomentar el empoderamiento de las personas con VIH para dotarlas de recursos psicológicos y habilidades para afrontar los efectos del prejuicio y del estigma y evitar la autoexclusión. Incluye la elaboración y distribución de una guía sobre derechos laborales y actuaciones legales para afrontar situaciones de violación de derechos humanos por causa del VIH y, por último, la creación de un “Foro virtual contra la discriminación y estigmatización de las personas afectadas de VIH/sida” en coordinación con entidades públicas y privadas que trabajen en el ámbito de la atención a personas con VIH.

ASTURIAS

Estrategia para reducir el impacto sanitario y social de la infección por VIH-sida en Asturias (2003-2007)

La estrategia 2 propone **desarrollar líneas para evitar la discriminación arbitraria y la estigmatización de las personas afectadas en los distintos ámbitos de la sociedad**. Para ello, se elaboran distintas iniciativas. La iniciativa 4 incluye el **desarrollo de campañas contra el estigma y la discriminación**, estrategias de información y sensibilización orientadas a la población general o a poblaciones vulnerables sobre determinados problemas de salud y crear un espacio colectivo de información y referencia sobre aspectos básicos. La iniciativa 5 busca fomentar la **formación de los delegados de prevención** en el conocimiento, seguimiento y cumplimiento de la normativa vigente en el medio laboral respecto a las situaciones de discriminación arbitraria. La iniciativa 6 destaca el **desarrollo del papel de los comités de bioética en la formación, cumplimiento y seguimiento de la posible existencia de situaciones de discriminación** arbitraria en el medio sanitario. La 7 está centrada en **programas específicos de integración en el ámbito de la educación**. Por último, la iniciativa 8 persigue **garantizar que el diseño, la ejecución y la evaluación de los distintos programas preventivos o asistenciales en el ámbito del VIH y sida se realicen desde una clara perspectiva de género**.

BALEARES

Estrategia de VIH/sida

El objetivo general 2 propone **reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia, y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH/sida**.

Concretamente, dentro de las estrategias en prevención se impulsa la normalización social de la enfermedad, para ello se busca eliminar la estigmatización y discriminación de las personas con VIH. Se propone trabajar para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente en todo aquello que afecta a los derechos individuales y colectivos de las personas con VIH. También se destaca que se observarán las informaciones que aparezcan en los medios de comunicación, iniciativas políticas y sociales que contribuyan a mantener el sida social, así como demandas de afectados y asociaciones ciudadanas.



CANTABRIA

Plan de salud de Cantabria (2014-2019)

El Plan de Salud de Cantabria en su línea estratégica 4.6 enmarca **las enfermedades transmisibles**. Dentro de las intervenciones desde salud pública se incluye el objetivo específico 21, con éste se pretende desarrollar **campañas de información** para la prevención y de sensibilización contra la discriminación o trato desigual por razones de enfermedad en defensa de los derechos de las personas con VIH y otras ITS.

CASTILLA LA MANCHA

Estrategias para el control de la infección por VIH (2014-2017)

La línea 4 del Plan Estratégico habla de: **Disminuir el estigma y la discriminación social de las personas infectadas por VIH**. En las acciones propuestas destaca que son las Autoridades Sanitarias, los profesionales y las asociaciones con prestigio social, los colectivos e instituciones las que deben difundir entre la población las ideas esenciales para evitar que la infección por VIH contribuya a estigmatizar y discriminar a las personas que lo padecen.

Para incorporar estas ideas en la población se establecen como precisas realizar campañas de difusión masiva, en medios de comunicación y difusión, organizar eventos científicos sobre VIH con proyección pública e incorporar en la práctica habitual del personal sanitario la promoción y difusión de las ideas básicas sobre VIH y sida. Por último, propone aprovechar cualquier oportunidad, para contribuir a eliminar el estigma y la discriminación social de las personas con VIH.

CATALUÑA

Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2016-2020. Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya (2016-2020)

El objetivo general 4.2., **Promover un entorno que favorezca la inclusión social y supere el estigma y la discriminación**, enmarca como objetivo específico sensibilizar a la población en general y, en particular, colectivos profesionales y agentes sociales. Con dicha finalidad se proponen distintas líneas de actuación:

- Creación y difusión de mensajes durante el Día Mundial del Sida, Semana de la Prueba, Día para la Discriminación Zero y otros días vinculados a la promoción de la salud sexual.



- Fomento de estrategias contra el estigma y la discriminación. Formaciones específicas para los profesionales en el Instituto de Acciones de Seguridad Pública de Cataluña.
- Difusión de material sobre educación sexual y afectiva en la web Familia y escuela.
- Difusión del programa de formación "Crecer en familia".
- Difusión de la ley para garantizar los derechos del colectivo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI) y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia.
- Difusión de la ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Difusión de la Ley para la erradicación de la violencia machista y del protocolo operativo de salud sobre violencia machista y VIH.
- Difusión de las actuaciones de las entidades.
- Análisis retrospectivo y comparativo del programa "Salud, escuela y comunidad" y toma de decisiones sobre su futuro a partir de esta valoración.
- Además, se acometerán acciones de sensibilización alineadas con el acuerdo nacional para hacer frente a la epidemia del VIH en Cataluña y contra el estigma relacionado.

CEUTA

II Plan de Actuación frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual en la Ciudad Autónoma (2015-2017)

Con el fin de disminuir la discriminación hacia las personas con VIH e ITS, el plan incluye objetivos de lucha contra el estigma y la discriminación de forma transversal en todos los programas de prevención y atención a personas con VIH.

COMUNIDAD VALENCIANA

Estrategia para la prevención del VIH/sida y otras ITS (2012-)

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013 incluye entre sus objetivos "procurar una adecuada protección a las personas con VIH frente al estigma y discriminación, fomentando la sensibilización e información tanto a la población general como a los profesionales de las instituciones implicadas". Para ello se proponen actividades de sensibilización e información tanto a la población general como a los profesionales de las instituciones implicadas (sanitarias, educativas, servicios sociales y empleo). Realizar actividades de información y sensibilización sobre la infección por VIH en el medio laboral y apoyar los programas y recursos dirigidos a personas con VIH en situación de exclusión social; por último, mejorar los procedimientos de denuncia y asesoramiento en casos de discriminación relacionada con el VIH.



GALICIA

Plan Galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS) (2015-2018)

El objetivo 4 del Plan Galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS) 2015-2018 propone: **Reducir el estigma y la discriminación de las personas con VIH**. Los objetivos propuestos son eliminar los obstáculos que impiden o dificultan el respeto de sus derechos, abordar las opiniones y demandas de las personas afectadas y luchar contra el estigma y la discriminación de estas personas en cualquier campo.

Para ello, se establece una serie de aspectos de trabajo y mejora que incluyen la promoción de la normalización de la vida de las personas con VIH; mejorar la información en la población general enfatizando la corrección o reducción de las falsas creencias sobre esta enfermedad; reforzar las intervenciones educativas en personas que muestran actitudes discriminatorias evitando el contacto potencial con una persona VIH positiva; normalizar la vida de las personas con VIH en nuestra sociedad; y trabajar en la conciencia de la importancia del respeto por los derechos de las personas afectadas. También se propone fomentar las habilidades de las personas con VIH que ayuden a enfrentar los efectos de los prejuicios y el estigma para que no haya autoexclusión entre otras consecuencias negativas.

NAVARRA

Programa de prevención y control del sida (1995)

El Programa en Navarra define como objetivo conseguir un "clima social" adecuado respecto al problema de la infección por VIH, favoreciendo corrientes de opinión y actitudes de respeto y democráticas respecto a las personas y a las supuestas prácticas de riesgo.

PAÍS VASCO

Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y Otras Infecciones de Transmisión Sexual (2015-2018)

La línea estratégica 4, **Disminuir el estigma y la discriminación de las personas VIH**, en su objetivo 6 destaca la importancia de promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH y para ello se enmarcan las siguientes recomendaciones:

- Reforzar el compromiso de las autoridades sanitarias, como de entidades de la sociedad civil, contando siempre con la participación de los propios afectados, para promover el disfrute efectivo de los derechos de las personas con VIH.



- Mejorar y reforzar el apoyo a las personas con VIH en riesgo de exclusión, trabajando con las ONG a través de medidas en su entorno (pisos de acogida, residencias y otras instalaciones disponibles), y de medidas de acompañamiento específico en posibles momentos críticos de su vida.
- Empoderar a las personas con VIH e ITS para evitar la autoexclusión, fomentando habilidades que ayuden a afrontar el posible estigma y discriminación.
- Promover el acceso a la información y la intervención legal ante posibles situaciones de violación de derechos humanos por causa del VIH.
- Velar por el cumplimiento de la legislación vigente de protección frente a la discriminación hacia las personas con VIH y otras ITS.
- Por último, facilitar información a las personas con VIH sobre los procedimientos y/o requerimientos de acceso al sistema sanitario, recurriendo cuando sea necesario a su adaptación sociocultural.

Para ello, la estrategia propone mantener una actitud vigilante ante situaciones en que pueda haber vulneración de derechos humanos de las personas con VIH.

4. CONCLUSIONES

La humanización de la atención sanitaria trata de cambiar el foco, dirigido tradicionalmente hacia la enfermedad, y situar a la persona y su contexto en el centro del sistema. En los inicios de la epidemia, la asistencia sanitaria de las personas con VIH fue uno de los ejemplos sin precedentes de una actitud humanizadora dentro del ámbito asistencial. No obstante, la normalización de la enfermedad, la especialización, la tecnificación asistencial, la carga asistencial y la diversificación la ha dejado relegada.

De la revisión del estado actual de la humanización en la infección por VIH en España podemos concluir que:

1. Tanto el Plan Nacional como en los planes autonómicos de atención a la persona con VIH resaltan la importancia de la optimización de la asistencia sanitaria mediante la coordinación entre los diferentes departamentos, entidades e instituciones implicadas en disminuir el impacto y la progresión de la infección por VIH y otras ITS.
2. Pocos planes recogen acciones humanizadoras que se centren en el cuidado de la persona con VIH y la relación con su entorno. Tan solo dos CCAA recogen medidas dentro de esta categoría. También lo hacen a nivel nacional los dos documentos de CESIDA (Plan estratégico de la coordinadora estatal de VIH/sida y Manual de Apoyo para la promoción de la salud y prevención del VIH a través de la educación entre pares en el contexto hospitalario). Por otra parte, dos comunidades han desarrollado específicamente planes de humanización en los que abordan el cuidado de personas y su entorno. Sin embargo, estas medidas están dirigidas al paciente en general y no existe un desarrollo explícito de medidas en personas con VIH.



5. Metodología

3. Es destacable que la mayoría de las comunidades autónomas recogen en sus planes estratégicos medidas para proteger a las personas con VIH frente al estigma y la discriminación, fomentando la sensibilización e información a distintos niveles. Estas acciones también son contempladas en los planes estatales, tanto en el Plan Nacional sobre sida, como en el Plan estratégico de la coordinadora estatal de VIH y sida (CESIDA).



FASE 2

Identificación de líneas estratégicas, ejes de actuación y acciones para humanizar la asistencia sociosanitaria de las personas con VIH y sus familias



5. Metodología

El análisis de los planes estratégicos de prevención y control de la infección por el VIH de las diferentes CCAA se desarrolló con la finalidad de conocer lo que **se está haciendo** en el ámbito de la humanización para poder identificar los aspectos ausentes.

A partir de este análisis, se trabajó con el comité científico para identificar **qué acciones deberían completar** las recogidas en los planes y documentos revisados, así como dónde se debería poner énfasis a la hora de implementar estas acciones orientadas a la humanización de la asistencia sanitaria a personas con VIH. Este trabajo con el comité científico se realizó mediante la utilización de metodologías colaborativas basadas en el *Design Thinking*.

El *Design Thinking* o “Pensamiento de Diseño” es un proceso que pone el foco en **resolver las necesidades reales de las personas**, haciéndolas partícipes de la solución desde el principio del proceso mediante el conocimiento de sus inquietudes, aportando **soluciones adaptadas al usuario**.

Una característica fundamental de la metodología *Design Thinking* es que está **centrada en el usuario**, en los problemas que a éste se le pueden plantear y en **la empatía**. Estos dos conceptos están estrechamente relacionados, siendo muy importante hacer previamente un análisis de la situación, tener conciencia de dónde estamos y qué necesita el usuario. Primero se identifica el problema que tenemos que resolver, incluso se fomenta el planteamiento de nuevos problemas o nuevos interrogantes para contextualizar la situación, ser conscientes del punto de partida en todas las vertientes posibles, en 360°. Se fomenta también la empatía: por medio de la misma, se comprende el entorno y se mejora la adaptación a él.

En resumen, estas metodologías permiten identificarse con el usuario y su problema, lo que es fundamental para poder ayudarle a resolverlo. El ambiente y el usuario son esenciales y hay que conocerlos, entenderlos y relacionarnos con él.

En esta **fase 2** del proyecto, el comité científico trabajó con la **técnica de las 5 W modificada**, basada en los **“organizadores gráficos”**: **qué, cómo, quién, dónde y cuándo** (del inglés: *what, how, who, where, when*), como guías de desarrollo de cada acción.

Con esta metodología aplicada y el trabajo posterior del comité científico, tanto de forma presencial como vía *online*, se establecieron las siguientes acciones humanizadoras, que siguen la misma estructura establecida para el análisis de la documentación existente:

1. **Asistencia sanitaria integral e integrada a las personas con VIH**
2. **Homosfera de humanización para las personas con VIH**
3. **Eliminación del estigma y la discriminación**

A esta estructura le hemos añadido un apartado llamado **“Acciones en otros ámbitos”**, en el que se recogen ciertas medidas que, al no ser competencia de los centros sanitarios ni de los profesionales, no podrían ser desarrolladas desde o con la implicación del SNS.



LÍNEA 1. ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL E INTEGRADA A LAS PERSONAS CON VIH

Como se indicaba al inicio del documento, la provisión de la atención médica de las personas con VIH ha recaído históricamente en gran medida en la atención especializada. Actualmente, debido al reto de la extensión de la longevidad en el manejo de personas con VIH y cómo se está planteando para otras enfermedades consideradas crónicas, se propone la asistencia de estas personas a través de un modelo transversal colaborativo, en el que a través de distintos profesionales se pueda realizar una valoración global e integral de la persona. Con esta idea general, todos los planes recogen medidas en este sentido. Aun así, en este proyecto se han querido proponer nuevas medidas a incluir con el objetivo de mejorar la asistencia sanitaria integral e integrada:

ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON VIH POR EQUIPOS INTERDISCIPLINARES

Las nuevas necesidades médicas de las personas con VIH hacen necesaria una reorganización de los sistemas de salud. Actualmente se considera “persona mayor” a una persona con VIH de 50 años según la Cohorte de la Red de Investigación en sida (CoRIS)⁴⁰. La proporción de personas mayores de 50 años era del 8 % en el año 2000, pasó al 14 % en el 2008 y era del 36 % en el año 2014. Por tanto, la tendencia es que la población de personas mayores con VIH vaya en aumento, acompañado de mayores comorbilidades asociadas a la patología y a la edad, así como a una mayor mortalidad que la población general global.

Este hecho hace que la organización de la asistencia sanitaria **deba reorientarse hacia una atención interdisciplinar compartida entre una red de profesionales** que, más allá de los especialistas en VIH (Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna o enfermeras) esté conformada por profesionales capacitados para atender a estos **pacientes crónicos y con comorbilidades**, mejorando su esperanza y calidad de vida. La red debería reforzarse, dotando en medios e incluyendo perfiles pertenecientes a: médicos y enfermeras de Atención Primaria, psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos, trabajadores sociales, geriatras, cardiólogos, traumatólogos, etc., que tengan una formación básica en VIH que les permita tratar a personas con VIH que presenten comorbilidades.

En este sentido, es necesario recalcar la importancia de la **coordinación** de todos los implicados que forman esta red de atención a personas con VIH para poder garantizar la asistencia integral.



Otras acciones importantes a la hora de plantear una atención por equipos interdisciplinarios implican la necesidad de desarrollar más en profundidad la función del **profesional gestor de casos** debido a que su labor es fundamental en el diagnóstico y tratamiento precoz, pero también durante el seguimiento de la persona con VIH, favoreciendo la coordinación con Atención Primaria y otros posibles implicados del **ámbito sociosanitario**.

En última instancia, el cambio en la forma de atención al paciente con VIH que la COVID-19 ha obligado a hacer, pasando de la asistencia presencial a otras formas telemáticas, es una oportunidad para facilitar y fomentar la atención interdisciplinar. Avanzar en la Telemedicina y el cuidado a distancia puede ser una oportunidad de mejora en la coordinación y, por ende, en el gestor de casos.

ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INFECCIÓN POR VIH

El retraso diagnóstico continúa siendo un problema en España: en 2014, el 46,2 % de los nuevos diagnósticos fueron tardíos, siendo en 2018 del 47,6 %. El retraso diagnóstico se asocia a mayores tasas de morbilidad, mayores costes económicos y una mayor transmisión a terceros⁴¹. Además, los estudios más recientes en España han podido evidenciar que el porcentaje de realización de la prueba del VIH en personas diagnosticadas con al menos una condición indicadora de VIH en Atención Primaria en Cataluña es del 18,56 %, y que a las personas diagnosticadas de ITS o hepatitis no se les realiza la prueba del VIH en el 60 y el 70 % de los casos, respectivamente⁴².

Por ello, un **diagnóstico precoz de la infección es esencial**, no sólo en poblaciones que se consideran de riesgo, sino en todas aquellas personas que muestren alguna **condición indicadora de VIH** (sea de aparición frecuente o no) o que hayan podido estar en contacto con el virus independientemente de que vivan o no en zonas con alta incidencia de VIH.

Para poder llevar esto a cabo y como complemento al cribado del VIH en centros sanitarios, desde 2003, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC) propuso realizar las pruebas de VIH fuera del entorno clínico, con **kits de pruebas rápidas para grupos de mayor riesgo**, con el objetivo principal de favorecer la accesibilidad a la prueba de VIH y mejorar el diagnóstico precoz en contextos de mayor riesgo⁴³.

Actualmente, en 2019 en España, existe **un solo test autodiagnóstico** disponible en oficinas de farmacia a disposición de toda la población que desee realizárselo. Es una opción muy valorada en situaciones de emergencia sanitaria como la COVID-19, ya que pueden desencadenar menor diagnóstico en entorno sanitario por las restricciones de movilidad, acceso físico a entorno sanitario y miedo a la exposición de la emergencia sanitaria. En 2018, se vendieron 13.000 unidades en oficinas de farmacia y en los meses de enero y febrero de 2019 se habían vendido 900.



Según indican datos procedentes del estudio "Actitudes de la población española ante el test de VIH"⁴⁴ sólo un 33,2 % de los encuestados se habían hecho el test diagnóstico por recomendación sanitaria.

Todos estos datos indican la necesidad de:

- Generalizar las campañas de información más allá de las oficinas de farmacia para que lleguen a la población general. La promoción de estas campañas debe combinarse entre Atención primaria y las oficinas de farmacia.
- Promover la realización de pruebas diagnósticas (análisis de ITS) a personas en riesgo y reforzar la búsqueda de condiciones indicadoras de VIH menos evidentes, que puedan representar riesgo de tener una infección por VIH.
- Garantizar la confidencialidad de los autotest (en España tienen un servicio de atención telefónica).
- Plantear la posibilidad de incluir la realización de la prueba del VIH de forma rutinaria en la atención sanitaria desde el nivel primario, teniendo en cuenta que realizar la prueba del VIH de forma rutinaria en poblaciones con una prevalencia de VIH superior al 0,1 % se ha demostrado coste-efectiva en Estados Unidos⁴⁴.

IMPLANTACIÓN DEL TRATAMIENTO TEMPRANO DE LA INFECCIÓN POR VIH

El **objetivo 90-90-90** de la OMS se basa en conseguir que, para el año 2020, un 90 % de personas que vive con VIH conozca su diagnóstico, que un 90 % de quienes conozcan su diagnóstico accedan al tratamiento antirretroviral (TAR) y que un 90 % de las personas en tratamiento presente un nivel indetectable de carga vírica. Dentro de las iniciativas para conseguir este objetivo, se encuentra la **implantación del tratamiento temprano** de la infección por VIH, la estrategia conocida como *test and treat*, que consiste en establecer un sistema para que la persona que sea diagnosticada de infección por VIH sea tratada en el menor tiempo posible, en el mismo día del diagnóstico a ser posible.

Los beneficios de este tratamiento temprano fueron analizados en el estudio Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START)⁴⁵, un ensayo clínico que se puso en marcha de manera generalizada en marzo de 2011 por el grupo Red Internacional de Iniciativas Estratégicas en Ensayos Mundiales del VIH (INSIGHT) en 215 centros hospitalarios de 35 países. Los resultados de este estudio confirmaron que un tratamiento precoz reduce las complicaciones y minimiza la probabilidad de transmisión del virus.

Por tanto, en la actualidad es ampliamente reconocido que la dirección que se debe tomar es la de **implantar la estrategia test and treat de la forma más eficiente posible**⁴⁶.



En este sentido, un aspecto importante a tener en cuenta es el desarrollo de unos **canales de derivación** que permitan que la persona que presente una sospecha de infección por VIH pueda acceder a las pruebas diagnósticas, y posteriormente al tratamiento, en el caso de un resultado positivo de forma rápida, independientemente del punto de acceso de esta persona al Sistema Nacional de Salud (Atención Primaria, Urgencias, etc.).

ESTABLECIMIENTO DE DIFERENTES FORMAS DE DISPENSACIÓN DE LA MEDICACIÓN

La adherencia al TAR resulta esencial para el control de la infección, la reducción de la morbimortalidad de las personas que viven con VIH y la minimización del desarrollo de resistencias a la medicación. Esta falta de adherencia depende de muchos factores, siendo uno de ellos el **problema de acceso que en ocasiones experimentan las personas con VIH a la hora de recoger su medicación**. Al ser medicamentos de dispensación hospitalaria, la limitación de horarios y la distancia de los hospitales pueden provocar que las personas con VIH tengan problemas para acudir a recoger su medicación al hospital.

Para facilitar este acceso a la medicación de las personas con VIH, desde diferentes ámbitos de la sociedad han pedido al Ministerio de Sanidad que actualice **la normativa actual**⁴⁷ para que los medicamentos antirretrovirales, que ahora se dispensan en los hospitales de referencia, puedan recogerse también **fuera del hospital, ofreciendo nuevas alternativas de dispensación**, bajo la supervisión del farmacéutico hospitalario, ofreciendo al paciente la capacidad de elegir el sistema de recogida de su medicación.

En los meses de confinamiento total por emergencia sanitaria debido al COVID-19, para que los pacientes tuvieran acceso a la medicación sin tener que desplazarse al hospital, se han puesto en práctica diferentes sistemas para acercar la medicación a los pacientes: envío directamente al domicilio del paciente mediante servicios de mensajería, a través de voluntarios de centros comunitarios y ONG, o utilizando las oficinas de farmacia como punto de recogida.

Esta medida ha resultado eficaz durante los meses de confinamiento y ha provocado una actualización de la legislación mediante el **Real Decreto-Ley 21/2020**⁴⁸ del 9 de junio, incluyendo, ante la situación de crisis sanitaria, la posibilidad de incorporar al proceso de dispensación la aplicación de las tecnologías y **acercar la medicación al paciente** cuando situaciones como las que se han producido en esta crisis de salud pública o bien en el caso de personas en especial situación de vulnerabilidad, así lo aconsejen.

En este sentido, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), también ha publicado un documento de consenso sobre **Telefarmacia**⁴⁹, entendida como la práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación., en el que urge a las diferentes administracio-



nes sanitarias, legisladores, asociaciones sanitarias profesionales, responsables de servicios de Farmacia Hospitalaria y asociaciones de pacientes a impulsar las iniciativas correspondientes para una utilización eficiente, segura y humanizada de la Telefarmacia, tanto para los pacientes como para los profesionales.

Cualquier cambio de legislación en España hacia este objetivo, debe tener en cuenta la opinión de los farmacéuticos hospitalarios, como responsables del seguimiento farmacoterapéutico y tomando en consideración la opinión de las entidades de pacientes. Si se establece un marco legislativo tras la pandemia que garantice este seguimiento farmacoterapéutico, la dispensación podría realizarse no sólo en los hospitales, sino también en los centros de Atención Primaria, en los centros de drogodependencia, oficinas de farmacia o incluso realizar envíos a domicilio (siempre bajo supervisión de profesionales sanitarios).

En definitiva, lo que se busca es implantar un **suministro individualizado** a las necesidades de cada persona con VIH, para así acercar la medicación al paciente, garantizar la adherencia de la persona y una mejora en su calidad de vida. Para ello, la diversificación en la forma de dispensación es una gran medida.

Otra medida que ayudaría a conseguir este objetivo es facilitar que la citación de la persona en el hospital y la dispensación de la medicación en la farmacia del hospital se produzcan en el mismo día.

INTEGRACIÓN DE MEDIDAS REPORTADAS POR EL PACIENTE (PATIENT REPORTED OUTCOMES [PRO]) EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMÁTICA DE LA PERSONA CON VIH

En los últimos años, al objetivo 90-90-90 de la OMS se le ha añadido un “cuarto 90” propuesto por investigadores y activistas, que hace referencia a que el 90 % de las personas con VIH en tratamiento y con supresión vírica tengan una buena calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)⁵⁰. Sin embargo, el concepto está sufriendo una adaptación, haciendo referencia en la actualidad a conseguir que el 90 % de todas las personas con VIH tengan una buena CVRS⁵¹.

Para la medición de esta calidad de vida se utilizan las medidas reportadas **por el paciente (PRO)**, unas herramientas que permiten establecer de manera objetiva, principalmente mediante cuestionarios, la CVRS que tienen las personas con VIH a lo largo del proceso asistencial.

La **integración** de los resultados de estos PRO en la historia clínica informática de las personas con VIH ayudaría a la mejora en su evolución. Por ejemplo, se puede utilizar de forma periódica la Escala Específica Breve De calidad de Vida en VIH de la OMS (WHOQOL-HIV-BREF)⁵² para poder identificar las carencias que tienen las personas con VIH de manera individual, y poder actuar en consecuencia.



Por tanto, se deberían tomar acciones para poder lograr esta integración en la historia clínica. Las **barreras** que tenemos que superar para poder llevar a cabo este objetivo son **informáticas** (diferentes sistemas en cada CCAA e incluso hospital), **culturales** (aún hay profesionales sanitarios que no conocen la utilidad de los PRO) y de **tiempo** (el limitado tiempo que pueden dedicar los médicos en cada consulta dificulta poder aplicar estos cuestionarios a cada persona).

En tiempos de la COVID-19, esta recomendación es muy factible y todavía más apropiada. Por un lado, el hecho de desarrollar bien la Telemedicina es una oportunidad para poder avanzar hacia la recogida de PRO de forma sistemática e integrarla con resultados de salud. Además, el uso de estas PRO puede ayudar a optimizar la atención al paciente y a la eficiencia del sistema; por ejemplo, ayudando a cribar a quienes hay que atender presencialmente o con quien realiza intervenciones adicionales o con quien no. Mejoraría la salud y también disminuiría sobrecargas innecesarias.

INCORPORACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LA PERSONA CON VIH Y SU ENTORNO EN LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

Para poder desarrollar estrategias que realmente mejoren la asistencia sanitaria que reciben las personas con VIH, es importante incorporar la experiencia de éstas en todos los ámbitos de la toma de decisiones. Las decisiones que pueden afectar de forma directa a la vida de las personas con VIH son tomadas en todos los niveles de la administración. Por tanto, las personas con VIH han de estar representadas en cada uno de estos niveles:

- A nivel de macrogestión, las personas con VIH pueden formar parte de comités de participación ciudadana, que podrían desarrollar líneas de trabajo que sean tenidas en cuenta a nivel legislativo.
- A nivel de mesogestión, la integración de comisiones de pacientes que participen activamente en los órganos directivos de un hospital beneficiaría mucho en la vida diaria de las personas con VIH que son tratadas en ese hospital.
- A nivel de microgestión, su intervención en la elaboración de procesos de gestión de la salud generaría unos procesos que podrían beneficiar de forma específica a las personas con VIH.

GARANTÍA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La continuidad asistencial es crucial en la atención a las personas con VIH. Para garantizar esta continuidad, la **coordinación** de los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Atención Penitenciaria) es muy importante, y para ello todos deben estar integrados dentro del mismo sistema sanitario.



El sistema de salud penitenciaria, al no depender del Ministerio de Sanidad, sino del Ministerio del Interior, no se encuentra integrado dentro de este sistema. Esta integración pasa en primer lugar por transferir las competencias de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las CCAA. Esta transferencia de competencias tiene su base legal en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003⁵³. Sin embargo, en la actualidad sólo dos CCAA han transferido estas competencias, Cataluña y el País Vasco⁵⁴. Una vez esté integrado el sistema penitenciario en el sistema sanitario, la visibilidad de necesidades sanitarias y la coordinación será mucho más fácil, lo que mejorará la atención a las personas con VIH.

Otra medida que podría mejorar la continuidad asistencial es la **inclusión del seguimiento de las personas con VIH en la cartera de servicios de Atención Primaria**. Si se considera la infección por VIH como una enfermedad crónica, el seguimiento se realizaría desde Atención Primaria, lo que mejoraría la calidad de vida de las personas con VIH, al no tener que desplazarse siempre al hospital, y aliviaría la carga asistencial de las consultas hospitalarias.

La continuidad asistencial también se puede mejorar mediante la aplicación de las nuevas tecnologías. La potenciación de la comunicación online entre los distintos ámbitos asistenciales mediante la **e-consulta** ha demostrado buenos resultados en términos de gestión clínica, de accesibilidad a la atención especializada y de optimización de los tiempos de espera⁵⁵.

IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE MEJORA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON VIH

Según la OMS, la mitad de las personas no siguen adecuadamente su tratamiento cuando se trata de una enfermedad crónica como el VIH, y su incumplimiento es una de las principales causas de la aparición de complicaciones médicas. Como ya hemos comentado, la adherencia al TAR es esencial para la supresión vírica en la persona con VIH y, por tanto, para la disminución de posibles transmisiones a terceros. Para mejorar la adherencia al tratamiento de las personas con VIH se pueden utilizar procedimientos que ya se utilizan para personas polimedicadas y con enfermedades crónicas, como son los **Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), y las aplicaciones móviles de recordatorio de tratamiento**.

Los SPD son pastilleros personalizados con toda la medicación de la persona, que se elaboran de forma semanal en oficinas de farmacia por parte de farmacéuticos y siguiendo estrictos procedimientos de trabajo para garantizar la seguridad⁵⁶.

El avance hacia la Telemedicina provee de muchas herramientas de ayuda, como *Apps*, *chats* u otros medios. Las aplicaciones móviles de recordatorio de tratamiento avisan mediante alarmas sobre qué medicamento hay que tomar en cada momento del día. Además, algunas de estas aplicaciones permiten llevar la información de varias personas o incluir mediciones como la presión arterial o el azúcar en sangre, lo cual ayuda a un mejor control de la evolución de la persona⁵⁷.



REDUCCIÓN DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CRÓNICO

Gracias a los tratamientos antirretrovirales y su eficacia, la infección por VIH se convirtió hace años en una enfermedad crónica. Esto ha conseguido que la población de personas con VIH esté envejeciendo, y que el TAR se administre a las personas con VIH durante muchos años.

Aunque los nuevos tratamientos antirretrovirales que van apareciendo en el mercado cada vez generan menos efectos secundarios, el tratamiento prolongado en el tiempo puede conllevar aún hoy la **aparición de comorbilidades** físicas como daños hepáticos o renales, hiperlipidemia, etc., pero también psíquicas como insomnio, depresión, etc.⁵⁸.

El **desarrollo e implementación de programas de educación sanitaria** en los que los profesionales sociosanitarios (médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, farmacéuticos etc.) puedan aportar conocimientos a las personas con VIH que les ayuden a retrasar la aparición de estas comorbilidades, beneficiaría tanto a las personas en tratamiento como al sistema sanitario.

POTENCIACIÓN DE LA PREVENCIÓN POR PARTE DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

La transformación de la infección por VIH de una enfermedad potencialmente mortal a una enfermedad crónica, unida a la ausencia cada vez mayor de efectos secundarios graves, ha provocado que la percepción de la enfermedad haya cambiado, disminuyendo el miedo a la transmisión⁵⁹. Esto a su vez causa que el número de infecciones nuevas en España se mantenga estable en unas 4.000 cada año, situándose a la cabeza de Europa⁶⁰.

Para mejorar estas cifras, hay que potenciar la prevención. Una de las medidas que ha disminuido su presencia en los últimos años y que demostró su eficacia en el pasado es la realización de **campañas divulgativas** sobre educación sexual y las medidas de prevención del VIH. Estas campañas han de ser enfocadas principalmente a la población juvenil, como foco principal de necesidad preventiva, ya que el porcentaje de nuevas infecciones entre los menores de 25 años es el más elevado⁶¹.

Asimismo, y aunque facilita el anonimato del usuario, estas campañas deberían difundir la existencia del **autotest diagnóstico**, que en España tiene un servicio de atención telefónica, para poder disminuir el porcentaje de personas que son diagnosticadas de forma tardía (cerca del 50 %) y el de personas con VIH que desconocen su estado (18 %)⁶².



DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INTEGRAL A LA PERSONA CON VIH

No existe una persona con VIH “estándar”. La población con VIH es tan heterogénea como cualquier población con alguna enfermedad crónica, en cuestión de edad, género, orientación sexual, nivel sociocultural, comorbilidades, etc. Por tanto, la atención a esta población debe ser individualizada.

Para atender a las personas con VIH de la forma más adecuada a sus necesidades particulares, debemos realizar una **estratificación** de ellas en función de sus características, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria. De esta forma, la persona con VIH verá cubiertas sus necesidades de forma más eficiente, mejorando su percepción y por tanto su experiencia. Además, el sistema también se verá beneficiado, ya que por ejemplo se podrán evitar consultas innecesarias a personas con la infección controlada y que no necesitan tanta frecuencia de visitas.

Para poder realizar esta estratificación de forma eficaz, necesitamos crear un **protocolo de atención a la persona con VIH**, donde se establezcan unas pautas que sí deben ser seguidas en el proceso asistencial de toda persona con VIH⁶³, incluyendo todos los cambios y avances en telemedicina de los últimos tiempos y los descubiertos por la COVID-19. Aunque ya se ha establecido un modelo óptimo de atención a la persona con VIH de forma teórica⁶⁴, hay que avanzar en su **implementación** y complementación con medidas que ayuden a humanizarlo.

FOMENTO DEL APOYO PSICOLÓGICO A LAS PERSONAS CON VIH

La población con infección por el VIH presenta una prevalencia de trastornos mentales más alta que la población general⁶⁵. El HIV Cost and Services Utilization Study (HCSUS)⁶⁶ es un estudio realizado en un grupo amplio de personas con VIH (n = 2.864) que demostró que más de la mitad de la población con VIH tenía o había tenido algún tipo de trastorno mental. Esto puede tener su explicación en que las personas con trastornos mentales son más vulnerables a infectarse. Además, el virus y algunos de sus tratamientos pueden producir alteraciones neurológicas⁶⁷.

La derivación de la persona con VIH a salud mental (psicología/psiquiatría) depende de que el profesional que esté tratando a esa persona detecte alteraciones de esta índole. Para esta detección, es importante que se realice una exploración psicopatológica, utilizando test como la Mini International Neuropsychiatric Interview (entrevista MINI)⁶⁸, la International HIV Dementia Scale (IHIVDS)⁶⁹, una Prueba de Detección de Individuos en Riesgo de Demencia por VIH, o la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital



Anxiety and Depression Scale [HADS])⁷⁰ entre otros. Sin embargo, los síntomas psicológicos y psiquiátricos de las personas con VIH son a menudo infradiagnosticados y, por, tanto, infratratados.

Una de las demandas más importantes de la población con VIH es la mejora de la atención psicológica. Para satisfacer esta demanda, necesitamos una **implementación real de la asistencia psicológica** en el proceso asistencial de las personas con VIH. Una valoración psicológica periódica de estas personas redundará en un mejor seguimiento de sus posibles alteraciones y, por ende, en su mejor salud mental.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN NO PRESENCIAL

Las personas con VIH deben acudir al hospital con cierta frecuencia para la realización de pruebas, seguimiento por parte del médico o para la recepción de la medicación. Sin embargo, algunas visitas pueden resultar innecesarias si la infección está controlada, pudiendo ser sustituidas por llamadas de teléfono o por teleconsultas de atención farmacéutica. La **habilitación de espacios en las agendas de consulta del médico para la realización de llamadas telefónicas o teleconsultas** permitiría reducir las visitas al hospital de la persona con VIH, mejorando su calidad de vida.

Los beneficios de la Telemedicina y la Telesistencia, ya sean por comodidad o por necesidad como ha sido por la emergencia sanitaria COVID-19, ya han sido demostrados fuera de nuestras fronteras, aunque hay que tener también en cuenta los riesgos que pueden conllevar y, por tanto, ser valorados individualmente. En EEUU se realizó un estudio en el que se analizaron los beneficios del seguimiento no presencial en el acceso a la profilaxis preexposición frente al VIH (PrEP), incluyendo visitas por videoconferencia desde el móvil, la autotoma de muestras para la detección del VIH e ITS y su análisis en laboratorios cercanos al domicilio de la persona, y el envío de la medicación por mensajería. Los participantes en este estudio expresaron su alto grado de satisfacción con este método de acceso a la PrEP (85 %), resaltando su sencillez (88 %) y su rapidez y conveniencia (100 %)⁷¹. Además, el hecho de no tener que realizar estas visitas presencialmente les ayudó a evitar el estigma asociado a la PrEP y al VIH. La **implementación de servicios de Telemedicina** más allá de la PrEP puede facilitar el seguimiento de grupos poblacionales vulnerables, mejorando su adherencia al TAR.

INCLUSIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las CCAA tienen **Escuelas de Salud** que buscan promover la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y fomentar la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud. Para ello, ofrecen información de calidad y formación presencial y *online* relacionada con la salud.



Aunque cada CCAA organiza su Escuela de Salud de una forma diferente, algo que tienen en común todas ellas es que una de las secciones más importantes es la referente a las enfermedades crónicas. En esta sección, podemos encontrar todo tipo de recomendaciones y consejos para afrontar la vida con una enfermedad crónica y, sobre todo, información y formación sobre las enfermedades crónicas más prevalentes: diabetes, hipertensión, hepatitis C, obesidad, etc.

La **inclusión de la infección por el VIH** en estos grupos de enfermedades crónicas ayudaría al desarrollo de **cursos de formación** que pudieran ser integrados en estas Escuelas de Salud. Con estos cursos de formación, las personas con VIH podrían disponer de herramientas para poder conocer, afrontar y manejar mejor su enfermedad, teniendo un papel más activo en la autogestión de su salud.

GARANTÍA DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR ESPECIALISTAS EN VIH

Como ya se ha comentado anteriormente, la atención a la persona con VIH debe ser **interdisciplinar**, en la que todos los profesionales que atienden a estas personas tengan una formación básica en VIH. Sin embargo, los profesionales que tratan de forma más directa la infección por VIH son los médicos de Enfermedades infecciosas o Medicina interna.

No se dispone de una formación reglada en esta área sanitaria. Desde la comunidad médica se ha solicitado en reiteradas ocasiones la **creación de la especialidad de enfermedades infecciosas**⁷², e incluso se han presentado desde 2010 varias proposiciones no de ley para esta creación⁷³. La implantación de esta especialidad permitiría una formación más específica del profesional médico y desde el principio de su carrera, beneficiando a la sociedad en general, ya que todo ciudadano puede tener en algún momento una enfermedad infecciosa grave y/o compleja.



LÍNEA 2. HOMOSFERA DE HUMANIZACIÓN PARA LAS PERSONAS CON VIH

La homosfera de humanización se entiende como el conjunto de interrelaciones mutuas entre los profesionales sociosanitarios, las organizaciones y las personas, que integra todos los elementos que garantizan una atención humana en los campos psicoafectivo y social.

Cuando las personas enferman se sienten vulnerables y frágiles, más aún en el caso de la infección por VIH, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad en la interacción con ellas^{8,9}. Humanizamos cuando atendemos a las personas desde su concepción holística y se considera vital cuando las personas se encuentran en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, debido a los procesos de enfermedad¹⁰.

En este ámbito, se han considerado sólo los programas en los que se han identificado actuaciones dirigidas a la humanización de relaciones interpersonales, médico-paciente, paciente-familia, gerente-administración sanitaria, profesionales no sanitarios-pacientes, etc. Sin embargo, nuestro objetivo en este proyecto es ir más allá, para lo que se ha profundizado en nuevas acciones que hagan el proceso más humanizado.

HUMANIZACIÓN DE LOS CIRCUITOS HOSPITALARIOS DE ATENCIÓN A LA PERSONA CON VIH

Toda persona que llega a un hospital para recibir ayuda entra en un circuito en el que normalmente se han diseñado protocolos a seguir por el personal del hospital para guiar a esta persona por las distintas fases que tiene que pasar según la enfermedad que tenga. En el caso de una enfermedad crónica como el VIH, estos protocolos son muy detallados e incluyen la participación activa de las personas con VIH y sus familias, presentando muchos puntos de interacción con el personal del hospital. Aunque los protocolos y circuitos de atención sanitaria a personas con VIH ya se pueden medir con unos indicadores de calidad asistencial⁷⁴, esto sólo suele producirse basándose en criterios clínicos. Por lo tanto, lo que se propone es una **revisión periódica de estos protocolos para garantizar la humanización de la asistencia**. En esta revisión, el personal sanitario responsable de cada centro hospitalario, junto con profesionales especializados en calidad, localizarán en qué fases del protocolo se pueden hacer modificaciones que mejoren la humanización del proceso.



FORMACIÓN EN HUMANIZACIÓN A LOS PROFESIONALES

La formación médica continuada es una categoría de cursos educativos dirigidos a profesionales sanitarios, que pueden estar acreditados por el SNS⁷⁵. Este tipo de formación abarca desde contenidos específicos de cada área de especialización (nuevos tratamientos antirretrovirales, manejo de la persona con VIH, etc.) a materias transversales que pueden ser útiles para todo el colectivo sociosanitario (estrategias de comunicación, gestión clínica, etc.). Dentro de estas materias transversales, sería muy apropiado incluir **cursos de formación en humanización** en el catálogo de formación continuada, permitiendo así que el profesional sanitario pueda formarse en un área tan importante.

CAPACITACIÓN DEL VOLUNTARIADO EN EL TRATO CON PERSONAS CON VIH

En España hay multitud de ONG que se dedican a mejorar la vida de las personas con VIH y su entorno, ofreciéndoles atención social y apoyo emocional, entre otras cosas. Todas las actividades que llevan a cabo las ONG pueden desarrollarse en gran parte gracias al voluntariado que colaboran con ellas.

Las personas voluntarias que van a ayudar a personas con VIH necesitan una preparación especial que les capacite para que el trabajo con estas personas sea lo más beneficioso posible para ambas partes. Esta preparación es principalmente para mejorar sus habilidades comunicativas y su empatía con esta población, por lo que planteamos que se desarrollen cursos de formación específicos para el voluntariado que trabaja con personas con VIH, en los que psicólogos les ayuden a prepararse de forma orientada a este colectivo.

IMPLANTACIÓN DE TERAPIAS GRUPALES COMO PARTE DEL TRATAMIENTO A PERSONAS CON VIH

Como ya hemos comentado anteriormente, una de las mayores demandas de las personas con VIH es el apoyo psicológico, ya que un gran porcentaje de esta población requiere de estos servicios. Este apoyo puede ser ofrecido mediante consultas con un psicólogo, pero otros métodos eficaces incluyen la organización de reuniones para realizar **terapias grupales**, ya sean de forma presencial o virtual.

Las terapias grupales han demostrado su eficacia mejorando el bienestar de las personas con VIH al aplicar la terapia psicológica en un formato grupal, lo que fomenta el desarrollo del apoyo de los compañeros⁷⁶. Además, las terapias grupales a menudo también incorporan el adiestramiento en técnicas de relajación y habilidades para el afrontamiento, lo que las convierte en un complemento ideal del tratamiento a personas con VIH.



PROMOCIÓN DE LAS ONG

Las ONG que trabajan con personas con VIH hacen una labor que difícilmente se podría cubrir sólo con el SNS. Estas organizaciones ayudan a las personas con VIH en el ámbito psicosocial, aportando soporte emocional, pero también formación e información que estas personas necesitan, desde prevención con las poblaciones que presentan más altas tasas de nuevos diagnósticos, información sobre el autotest diagnóstico⁷⁷ hasta formación sobre estilos de vida saludable. Desde el ámbito sanitario se puede **informar** a estas personas **sobre las ONG** locales/regionales, ayudando a **promover sus actividades**. Así, las personas con VIH tendrán mejor acceso al apoyo, la información y la formación que pueden necesitar en cada parte del proceso como complemento al soporte por parte del SNS, o cuando el sistema sanitario no pueda dar el apoyo necesario.

FORMACIÓN SOBRE VIH A PROFESIONALES SANITARIOS

Ya se ha indicado la necesidad de ofrecer una formación básica sobre VIH a todo profesional sanitario que interactúe con las personas con VIH. Esta formación mejoraría el trato recibido por las personas que acuden a los centros sanitarios, ya que el aumento del conocimiento sobre la patología redundaría en una mejora del manejo de esta población. Por lo tanto, la realización de **cursos de formación** al personal sanitario por parte de los especialistas en enfermedades infecciosas conllevaría un beneficio tanto para los profesionales como para las propias personas con VIH.

AUMENTO DE LA CONFIDENCIALIDAD PROFESIONAL SOCIO-SANITARIO-PACIENTE

El derecho a la intimidad protege los datos relativos al estado de salud de las personas. Este derecho es especialmente importante en las personas con VIH, al existir aún hoy una barrera actitudinal frente a estas personas⁷⁸. La infección por VIH implica, por tanto, la necesidad de que estas personas sean recibidas en un ambiente que permita preservar su intimidad.

Las personas con VIH son atendidas en las áreas de enfermedades infecciosas y, en ocasiones, la sala de espera o la propia consulta carecen de la intimidad suficiente. Por tanto, se debe trabajar en la **adaptación de los espacios de atención** a la persona con VIH para que la **confidencialidad** para con la persona con VIH sea posible. Esto generaría una mejora en la percepción de la persona con VIH respecto al proceso asistencial que ha de seguir, y una reducción de sus posibles síntomas de ansiedad al estar seguro de que nadie más allá del médico va a conocer su estado de salud.



LÍNEA 3. ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

El problema de la estigmatización y discriminación de las personas con VIH se incorporó por primera vez en el Plan Multisectorial frente a VIH/sida con periodo de aplicación 2008-2012. A partir de entonces, estas situaciones se empezaron a considerar como una vulneración de sus derechos humanos, reconociendo que esta vulneración puede suponer un obstáculo para la prevención y el tratamiento del VIH.

Aunque la legislación española garantiza la protección de los derechos de las personas con VIH, la discriminación (directa, indirecta y/o por asociación) relacionada con la infección por el VIH no ha desaparecido³⁹. En los planes evaluados, la mayoría de las acciones propuestas están relacionadas con la información, educación y sensibilización sobre la infección en distintos entornos. El grupo experto ha analizado estas acciones, y ha añadido algunas acciones más específicas para poder complementar las iniciativas que se deben desarrollar para eliminar el estigma y la discriminación.

FORMACIÓN A NIVEL ESCOLAR

El grupo experto ha señalado este punto como uno de los más importantes dentro de esta línea. La educación de la población desde la edad escolar ha demostrado ser la forma más útil y eficaz para que no presente actitudes discriminatorias cuando lleguen a la edad adulta⁷⁹.

Estos **cursos de formación** deben versar sobre salud sexual y reproductiva, **ITS, estigma y discriminación**, y estar **adaptados** a cada edad. Además, es muy importante que se trabaje de forma transversal la perspectiva de género, e incluyan formación sobre **diversidad sexual** para que no se estigmatice ninguna orientación sexual ni se la estereotipe con la presencia de infección por VIH.

FORMACIÓN EN ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN AL PERSONAL SANITARIO

Todos los profesionales sociosanitarios que se relacionan con las personas con VIH a lo largo de todo su proceso asistencial deben recibir **formación sobre estigma y discriminación**. Sin embargo, otro colectivo que también tiene una estrecha relación con estas personas, aunque de forma indirecta, son los medios de comunicación, por lo que han de recibir también formación para que en el desempeño de su trabajo comuniquen de forma no estigmatizante⁸⁰.



Estos cursos de formación deben llevarse a cabo en el marco de un **código de buenas prácticas**, que pueda dar unas pautas a seguir a la sociedad para evitar el estigma y la discriminación. En este sentido, CESIDA, el grupo de trabajo GTT-VIH y la Universidad de Alcalá han desarrollado una guía sobre VIH y discriminación que puede servir como punto de partida para establecer este código⁸¹.

INCLUSIÓN DE LA OPINIÓN PÚBLICA EN LA ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Para que la eliminación del estigma y la discriminación pueda ser una realidad algún día, las iniciativas que se desarrollen deben llegar a toda la población para que se puedan involucrar y el efecto sea global. Desde el grupo experto, se plantea la posibilidad de organizar **concursos de expresión escrita y audiovisual sobre el estigma** de las personas con VIH. A través de las oficinas de farmacia y, sobre todo, de los medios de comunicación, se puede llegar a toda la población, y posteriormente con la difusión de los resultados se pueden mandar mensajes que ayuden a eliminar el estigma del VIH y, por tanto, la discriminación.

Otra iniciativa planteada es la realización de **encuestas** a la población general para conocer las actitudes existentes frente a la población con VIH. Aunque ya se han realizado encuestas de este tipo en nuestro país^{82,83}, se propone realizarlas de forma **periódica**. De esta forma, podremos realizar un seguimiento para ver la evolución en la población general, y poder determinar si las acciones que están llevando a cabo surten el efecto deseado o no.

EMPODERAMIENTO DE LA PERSONA CON VIH

El estigma asociado al VIH puede provenir de la propia persona con VIH. Para reducir o eliminar el autoestigma debemos conseguir que estas personas se empoderen frente a su enfermedad. Una forma de alcanzar este empoderamiento es la **implementación de programas estructurados de formación**.

Desde los centros sanitarios y las ONG se pueden organizar cursos donde informar y formar a las personas con VIH sobre los **autocuidados** que les pueden beneficiar y sobre cómo **autogestionar** su enfermedad, dándoles herramientas para incrementar su conocimiento y por consiguiente su autoestima respecto a su enfermedad. Asimismo, se puede pedir la colaboración de abogados para dar formación sobre sus **derechos laborales y sociales**, y de psicólogos que les ayuden a reducir su autoestigma.

Todo lo que conlleve que las personas con VIH estén más informadas y formadas sobre todo lo relacionado con su estado de salud les permitirá tomar las riendas de su enfermedad, mejorando su percepción de ella, y con ello su estado de ánimo y su calidad de vida.



ACCIONES EN OTROS ÁMBITOS

Como hemos comentado en la introducción de esta fase, desde el grupo experto se propusieron algunas acciones que no podían ser realizadas desde o con la implicación del SNS. Sin embargo, debido a la **utilidad de estas acciones** hemos decidido incluirlas en este trabajo, ya que su desarrollo ayudaría en gran medida a la humanización de la asistencia sanitaria, lo que es el objetivo principal de este documento.

ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA ASOCIADO AL VIH

Tal como ya se ha indicado en acciones anteriores, las iniciativas que llegan a la población general tienen un impacto mayor. Por lo general, lo que provoca que una acción se haga mediática y atraiga la atención del gran público es la involucración en ésta de personas de éxito (deportistas, actores y actrices, cantantes, *influencers*, etc.).

Para mejorar la percepción que tiene la sociedad sobre el VIH, una medida que se podría llevar a cabo es la **realización de campañas de comunicación** en las que estén involucradas **personas de éxito que tengan VIH**. Si desde el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, o desde el sector privado se promovieran estas campañas y se difundieran por los medios de comunicación y las redes sociales, estos mensajes llegarían a toda la sociedad y ayudarían a la eliminación del estigma que aún en la actualidad está asociado al VIH.

ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS HUMANÍSTICAS EN EL ITINERARIO FORMATIVO DE LOS PROFESIONALES

La educación es un pilar fundamental para conseguir que la población integre los conocimientos necesarios que le permitan desarrollar sus capacidades cognitivas, comunicativas y morales. Por tanto, para conseguir que los profesionales que interactúan con las personas con VIH durante su proceso asistencial interioricen los valores de dignidad, respeto, igualdad, autonomía y empatía que conforman el concepto de humanización, se deben incluir en su educación.

Desde el grupo experto se propone que la adquisición de competencias humanísticas se integre en los itinerarios formativos de los profesionales sociosanitarios, como asignatura incluida en los grados universitarios de ciencias de la salud (Medicina, Psicología, Enfermería, etc.), y como cursos de actualización que se incluyan en los catálogos de formación médica continuada.



FORMACIÓN REGLADA A NIVEL ESCOLAR

Ya hemos reflejado la necesidad de realizar cursos de formación de forma periódica en colegios e institutos sobre ITS, estigma y discriminación, adaptados a cada edad.

Sin embargo, si somos más ambiciosos, se podría incluir en los programas académicos una asignatura que se llamara **Educación para la Salud**. Esta asignatura cubriría conocimientos sobre sexualidad, diversidad sexual, ITS, prevención, discriminación, hábitos de vida saludable, etc. De esta manera, la formación quedaría estructurada, el contenido sería más amplio, sería impartida a todos los niveles escolares, y no habría que organizar anualmente cursos de corta duración.

ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN A NIVEL LEGISLATIVO

El Pacto Social por la No discriminación y la Igualdad de trato asociada al VIH fue aprobado en 2018³⁹. Este documento constituye una declaración de intenciones y sienta las bases para que no haya discriminación contra las personas con VIH en cualquier ámbito, ya sea laboral, legal o social.

Actualmente, se ha conseguido eliminar al VIH como motivo de exclusión para el acceso a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y a las Fuerzas Armadas⁸⁴. No obstante, aún hoy existen casos de discriminación en diferentes ámbitos. Por tanto, se propone que se revise la legislación y las normativas de empleo público, para poder eliminar cualquier discriminación de la legislación.

En relación con este punto, cabe indicar que CESIDA junto con la Universidad de Alcalá y la Universidad de Valencia han desarrollado documentos concretos que proponen cambios en normativas internas y protocolos, lo cual puede ser un buen punto de partida para la consecución de este objetivo.



6. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha realizado una revisión de la situación actual de la humanización en VIH en España, desde el punto de vista del sistema público, basándose en los programas publicados en los portales de salud de cada una de las comunidades autónomas. Se han identificado 14 planes de salud de VIH y dos planes de humanización todavía en periodo de aplicación en 2018. Esta revisión se analizó con un comité científico formado por miembros de diferentes colectivos que están en contacto con el VIH, como especialistas en enfermedades infecciosas, enfermeras, médicos de Atención Primaria, médicos de Sanidad Penitenciaria, trabajadores sociales, farmacéuticos hospitalarios, farmacéuticos comunitarios, ONG, gerentes, estudiantes de medicina, etc.

Tras este análisis, los miembros del comité científico, mediante metodologías de *Design Thinking*, elaboraron propuestas de acciones específicas para mejorar la atención a las personas con VIH.

Una vez realizado el análisis de estas propuestas se concluyó que, para poder humanizar el proceso asistencial de las personas con VIH, las principales acciones a implementar son:

1. Creación de **unidades interdisciplinares de VIH** como una evolución de las Unidades de atención al VIH actuales para el manejo integral de la persona con VIH.
2. Mejora y potenciación de la **comunicación entre los diferentes niveles asistenciales** (garantía de continuidad asistencial).
3. Incorporación de la **experiencia del paciente** y de **resultados reportados por pacientes (PRO)** en la asistencia sanitaria a personas con VIH.
4. Integración de la **asistencia psicológica** a lo largo de todo el proceso.
5. Posibilidad de, mediante cambios legislativos, establecer la **dispensación extrahospitalaria** de la medicación.
6. **Formación e información** sobre la infección, sus vías de transmisión y sus métodos de prevención a la población general.
7. Desarrollo de **nuevas vías de comunicación** con las personas con VIH.
8. **Integración del sistema médico penitenciario** en los sistemas de salud autonómicos o en el nacional.
9. **Fomento de la equidad** en la asistencia sanitaria a las personas con VIH, independientemente de su procedencia o la comunidad donde viva.
10. Acciones de **comunicación y sensibilización** a la sociedad mediante intervenciones educativas y medios de comunicación.



6. Conclusiones

Como se ha comentado anteriormente, en los últimos años, se ha añadido un cuarto 90 al objetivo 90-90-90 de la OMS, haciendo referencia a conseguir que el 90 % de **todas** las personas con VIH tengan una buena CVRS⁵¹. Para abordar la mejora de esta calidad de vida, debemos avanzar hacia un sistema de salud centrado en las personas (SSCP)⁶⁵.

La humanización del sistema sanitario contribuye a conseguir un SSCP, y en este documento hemos realizado un trabajo de análisis para la propuesta de acciones humanizadoras de la atención sociosanitaria de las personas con VIH y su entorno. Tenemos la convicción de que la implementación de estas acciones generaría un cambio en nuestro sistema sanitario que beneficiaría no solo a las personas con VIH y su entorno, sino que sería un punto de partida para poder mostrar las ventajas aportadas por la humanización en los resultados en salud.



7. ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- AP:** Atención Primaria
- AE:** Atención Especializada
- AH:** Atención Hospitalaria
- CAD:** Centro de Atención a las Adicciones
- CCAA:** Comunidades autónomas
- CVRS:** Calidad de vida relacionada con la salud
- ITS:** Infecciones de transmisión sexual
- ONG:** Organización no gubernamental
- SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- SESCAM:** Servicio de Salud de Castilla La-Mancha
- SNS:** Sistema Nacional de Salud
- SSCP:** Sistema sanitario centrado en la persona
- TAR:** Tratamiento antirretroviral
- UFPE:** Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos
- VHC:** Virus de la hepatitis C
- VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana



8. REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Salud. Plan de humanización de la asistencia hospitalaria. Ministerio. Madrid; 1984. 83 p.
2. Fisher WA, Kohut T, Fisher JD. AIDS Exceptionalism: On the Social Psychology of HIV Prevention Research. *Soc Issues Policy Rev.* 2009; 3(1): 45-77.
3. Maina G, Mill J, Chaw-Kant J, Caine V. A systematic review of best practices in HIV care. *J HIV/AIDS Soc Serv.* 2016; 15(1): 114-26.
4. Millar BM, Starks TJ, Gurung S, Parsons JT. The Impact of Comorbidities, Depression, and Substance Use Problems on Quality of Life Among Older Adults Living With HIV. *AIDS Behav.* 2017; 21(6): 1684-90.
5. Del Amo J, Brañas F, Serrano S, Morillo R, Marrugat J, Fernández E, et al. VIH en España 2017: Políticas para una nueva gestión de la cronicidad más allá del control virológico. Madrid: Pascal FG, editor; 2017.
6. Finn M, Sarangi S. Humanizing HIV/AIDS and its (re)stigmatizing effects: HIV public "positive" speaking in India. *Health (Irvine Calif).* 2009; 13(1): 47-65.
7. Lagarde M, Fisher M, Foreman C, Sachikonye M, Youssef E, Perry N, et al. Understanding HIV-positive patients' preferences for healthcare services: a protocol for a discrete choice experiment. *BMJ Open.* 2016; 6(7): e008549.
8. Fernández RG. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2017; 10(1): 29-38.
9. Ruiz B. Les Organitzacions Assistencials Com Organitzacions De Coneixement. *Rev R Acad Med Catalunya.* 2008; 23: 86-8.
10. Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (2016-2019). 2016. Disponible en <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
11. GNP+, UNAIDS. Salud, Dignidad y Prevención Positivas. Un Marco de Políticas. Ámsterdam: GNP+; 2011.
12. UNAIDS, GNP+. Salud, Dignidad y Prevención positivas. Directrices Operacionales. Ginebra y Ámsterdam; 2013.
13. Bermejo JC, De Brouwer D. Humanizar La Asistencia Sanitaria. Aproximación al concepto. 2a edición. Madrid: Desclee de Brouwer; 2014.
14. Jovell AJ, Rubio MDN, Maldonado LF, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. In: *Atención Primaria.* 2006. 38; 4: 234-7.
15. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit.* 2013; 27(4): 332-7.
16. Ruiz B. Editorial. Políticas sanitarias del presente para el futuro. *Med Clin (Barc).* 2015; 145: 1-3.
17. Fundación Humans (Para la promoción de la humanización de la asistencia sanitaria). Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la Atención Sanitaria en España. 2017. Disponible en <http://www.medicospacientes.com/sites/default/files/F.%20HUMANS%20Situacion%20Aspectos%20Humanisticos%20Atenci%C3%B3n%20Sanitaria%20Espa%C3%B1a.pdf>
18. Fundación Humans. La participación de los ciudadanos en la toma de decisiones. 2017. Disponible en http://www.fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2018/10/informe-humans-participacion_final.pdf
19. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Plan de Movilización Multisectorial frente al sida 1997-2000. Madrid; 1997.
20. Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS. Prórroga (2017-2020). 2018.
21. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS (2010-2015). 2010.
22. Gobierno del Principado de Asturias. Programa de atención a las personas con VIH-sida en Asturias (PAVSA) (2003-2007). Estrategia para reducir el impacto sanitario y social de la infección por VIH-sida en Asturias 2003-2007. 2007.
23. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. Estrategia de VIH/sida en las Illes Balears. 2006.
24. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Plan de salud de Cantabria (2014-2019). 2014.
25. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Castilla la Mancha. Plan estratégico de prevención y control de la infección por VIH y otras Infecciones de transmisión sexual en Castilla-La Mancha (2014-2017). 2014.
26. Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya. Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS (2016-2020). 2016. p. 1-53.
27. Plan sobre sida. Consejería de Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta. II Plan de Actuación frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual en la Ciudad Autónoma de Ceuta (2015-2017). 2015.
28. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Estrategia para la prevención del VIH/sida y otras ITS. 2012.
29. Dirección General del Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Junta de Extremadura. Plan de acción sobre el VIH/sida y otras ITS en Extremadura (2018-2021). 2018.
30. Conselleria de Sanidade. Xunta de Galicia. Plan Galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS) (2015-2018). 2014.



31. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. 2010.
32. Programa de prevención y control del sida en Navarra [Internet]. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Planes+y+programas/sida/Programa+de+prevencion+y+control+del+sida+en+Navarra.htm#comienzoContenido
33. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. 2014.
34. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Subdirección General de Humanización de la Asistencia. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.
35. Castilla-La Mancha - Consejería de Sanidad. Plan Dignifica. Humanizando la asistencia.
36. Coordinadora estatal de VIH y sida CESIDA. Plan estratégico de la coordinadora estatal de VIH-sida (2017-2019). 2016.
37. Coordinadora estatal de VIH y sida CESIDA. Promoción de la salud y prevención del vih a través de la educación entre pares en el contexto hospitalario.
38. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (2013-2016). 2013.
39. Plan Nacional sobre el sida. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Pacto Social por la No discriminación y la Igualdad de trato asociada al VIH. 2018.
40. Unidad de la Cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS). Disponible https://www.redris.es/grupos/-/asset_publisher/yP1vXtFjtM62/content/unidad-de-la-cohorte-de-la-red-de-investigacion-en-sida-coris
41. Egger M, May M, Chêne G, Phillips AN, Ledergerber B, Dabis F; ART Cohort Collaboration, et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: A collaborative analysis of prospective studies. *Lancet*. 2002; 360: 119-29.
42. Agustí C, Montoliu A, Mascort J, Carrillo R, Almeda J, Elorza JM, et al. Missed opportunities for HIV testing of patients diagnosed with an indicator condition in primary care in Catalonia, Spain. *Sex Transm Infect*. 2016; 92: 387-92.
43. Agustí C, Martín-Rabadán M, Zarco J, Aguado C, Carrillo R, Codinachs R, et al. Early diagnosis of HIV in Primary Care in Spain. Results of a pilot study based on targeted screening based on indicator conditions, behavioral criteria and region of origin. *Aten Primaria*. 2018; 50(3): 159-65. doi: 10.1016/j.aprim.2017.02.008. Epub 2017 Jun 16.
44. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage GR 3rd, Losina E, Zhang H, et al. Expanded screening for HIV in the United States—an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med*. 2005; 352: 586-95.
45. Babiker AG, Emery S, Fätkenheuer G, Gordin FM, Grund B, Lundgren JD, et al.; INSIGHT START Study Group. Considerations in the rationale, design and methods of the Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) study. *Clin Trials*. 2013; 10(1 Suppl): S5-S36.
46. Boyd MA, Boffito M, Castagna A, Estrada V. Rapid initiation of antiretroviral therapy at HIV diagnosis: definition, process, knowledge gaps. *HIV Med*. 2019; 20(Suppl 1): 3-11.
47. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Documento consolidado BOE-A-2007-19249. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-19249&p=20101012&tn=2>
48. Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Documento consolidado BOE-A-2020-5895. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/06/09/21/con>
49. Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) sobre la Telefarmacia. Madrid. Mayo 2020.
50. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Barton SE, Costagliola D, Deedes N, del Amo J, et al. Beyond viral suppression of HIV - the new quality of life frontier. *BMC Medicine*. 2016; 14(1): 94
51. Fuster J, de Apodaca M. Cuarto 90: Calidad de vida de las personas con VIH SEISIDA. Monográfico. 2018; 6: 14.
52. World Health Organization. (2002). WHOQOL-HIV bref, 2012 revision. World Health Organization.
53. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
54. Freno en seco a la transferencia de la sanidad penitenciaria a las CC.AA. Disponible en https://www.consalud.es/politica/freno-en-seco-a-la-transferencia-de-la-sanidad-penitenciaria-a-las-cc-aa_58203_102.html
55. La e-consulta mejora la capacidad de resolución presencial de las primeras consultas en reumatología. Disponible en <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/15459/la-econsulta-mejora-la-capacidad-de-resolucion-presencial-de-las-pr>
56. Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD). Disponible en <https://www.sigre.es/farmacias/sistemas-personalizados-de-dosificacion-spd/>
57. 5 apps que te ayudarán a controlar tu medicación también en verano. Disponible en <https://www.kernpharma.com/es/blog/5-apps-que-te-ayudaran-controlar-tu-medicacion-tambien-en-verano>
58. Medicamentos contra el VIH y sus efectos secundarios. Disponible en <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/22/63/medicamentos-contr-el-vih-y-sus-efectos-secundarios>
59. Del Romero-Guerrero J, Ayerdi-Aguirrebengoa O, Rodríguez-Martín C. Young people and HIV. Knowledge and risk behaviours in a group of residents in Spain. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019; 37(3): 149-50. doi: 10.1016/j.eimc.2018.11.003. Epub 2018 Dec 24.
60. España sigue estancada en el número de nuevos diagnósticos de VIH. Disponible en <https://www.cesida.org/espana-sigue-estancada-en-el-numero-de-nuevos-diagnosticos-de-vih/>



8. Referencias

61. El 11% de los nuevos casos de VIH en España son jóvenes de entre 15 y 24 años. Disponible en <https://www.expansion.com/sociedad/2018/12/01/5c02d6e6468aeb-951d8b4640.html>
62. El diagnóstico tardío del VIH en España impide frenar el avance del virus. Disponible en https://elpais.com/sociedad/2018/11/30/actualidad/1543606087_789774.html
63. Protocolo de actuación para MIR en la atención de pacientes con VIH/sida. Disponible en <https://www.diario-medico.com/medico-joven/trabajar/trabajar-noticias/protocolo-de-actuacion-para-mir-en-la-antencion-de-pacientes-con-vihsida.html>
64. Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH. Julio 2018. Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viiv-healthcare/es_ES/documents/Modelo%20C3%B3ptimo%20atenci%C3%B3n%20VIH.pdf
65. Del Amo J, Brañas F, Serrano S, Morillo R, Marrugat J, Fernández E, et al. VIH en España 2017: Políticas para una nueva gestión de la cronicidad, más allá del control virológico. Madrid: Ed. Fundación Gaspar Casal; 2017.
66. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58(8): 721-8.
67. Himelhoch S, McCarthy JF, Ganoczy D, Medoff D, Dixon LB, Blow FC. Understanding associations between serious mental illness and HIV among patients in the VA Health System. *Psychiatr Serv*. 2007; 58(9): 1165-72.
68. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(Suppl 20): 22-33; quiz 34-57.
69. Sacktor NC, Wong M, Nakasujja N, Skolasky RL, Selnes OA, Musisi S, et al. The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. *AIDS*. 2005; 19(13): 1367-74.
70. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67(6): 361-70.
71. Refugio ON, Kimble MM, Silva CL, Lykens JE, Bannister C, Klausner JD. Brief Report: PrEPTECH: A Telehealth-Based Initiation Program for HIV Pre-exposure Prophylaxis in Young Men of Color Who Have Sex With Men. A Pilot Study of Feasibility. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019; 80(1): 40-45. doi: 10.1097/QAI.0000000000001873.
72. Infecciosas resume en 10 razones por qué debe convertirse en MIR. Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/infecciosas-resume-en-10-razones-por-que-debe-convertirse-en-mir-2648>
73. La especialidad de Infecciosas... ¿solución a la resistencia a los antibióticos? Disponible en https://www.consalud.es/profesionales/medicina/la-especialidad-de-infecciosas-solucion-a-la-resistencia-a-los-antibioticos_49045_102.html
74. La calidad de la atención sanitaria en pacientes VIH y sida. Propuesta de indicadores de atención farmacéutica al paciente VIH y sida. SECA 2012. Disponible en <http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/349-pacientes-vih-sida.pdf>
75. Formación continuada y Acreditación. Disponible en <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/home.htm>
76. ¿La terapia grupal mejora el bienestar de los pacientes que conviven con VIH? Disponible en <https://www.cochrane.org/es/cd010806/la-terapia-grupal-mejora-el-bienestar-de-los-pacientes-que-conviven-con-vih>
77. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf
78. VIH Y PRIVACIDAD. Proyecto de Clínica Legal de CESIDA. Universidad de Alcalá. Disponible en <https://www.cesida.org/vih-privacidad/>
79. Fernández C, Molina R, Ramírez C, Pérez E, Castilla J, Marrodán J, et al. Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar Aulasida, 1996-1997. *Rev Esp Salud Publica*. 2000; 74(2): 163-76.
80. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. El papel de los medios de comunicación en la construcción del estigma asociado al VIH. En: Quiles del Castillo MN, Morales JF, Fernández Arregui S y Morera Bello MD, eds. *Psicología de la Maladía. Cómo todos podemos ser Caín*. Madrid: Ciclo Grupo S.L.U.; 2014. pp. 211-25.
81. VIH, discriminación y derechos. Guía para personas que viven con el VIH. Disponible en https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2015/12/Guia_ESTIGMA_nov2015.pdf
82. Fuster-Ruiz, de Apodaca MJ, Molero F, Gil de Montes L, Agirrezabal A, Toledo J, et al. Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS care*. 2014; 26(sup1): S41-S45.
83. Fuster MJ, Molero F, de Montes LG, Agirrezabal A, Vitoria A. HIV-and AIDS-related stigma: Psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *The Spanish journal of psychology*. 2013; 16_E30.
84. Criterios médicos para el acceso a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y a las Fuerzas Armadas. Documento Técnico por la no discriminación y la igualdad de trato hacia las personas VIH Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. Disponible en <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeTecnicoCriteriosMedicosAccesoCCFFSSEE2018.pdf>



ANEXO.

TABLA RESUMEN DE PLANES

TABLA RESUMEN DE PLANES		
Origen de estrategia/plan	Área principal	Acciones
Nacional Prórroga Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS	Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad asistencial entre niveles asistenciales
	<i>Mejorar los resultados en salud</i>	
	Estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> Promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH e ITS Garantizar la igualdad en el acceso a la prevención y la atención socio-sanitaria Pacto social multisectorial y multidisciplinar por la igualdad de trato y la no discriminación Definir indicadores de monitorización y evaluación del “Cuarto 90”: calidad de vida y discriminación Sensibilizar sobre el derecho a la igualdad de trato y la no discriminación en el medio sanitario Constituir un grupo de trabajo y un documento técnico de derechos y deberes de las personas con VIH, sobre cuestiones ético-legales
<i>Garantizar el acceso igualitario</i>		
CESIDA Plan Estratégico de la Coordinadora Estatal de VIH y sida. Manual de Apoyo. Promoción de la Salud y Prevención del VIH a Través de la Educación entre Pares en el Contexto Hospitalario.	Homosfera	<ul style="list-style-type: none"> Promover la participación de los y las pacientes en la toma de decisiones sobre su salud en el sistema sanitario (Plan Estratégico Estatal) Promoción de la salud y prevención del VIH a través de la educación por pares en el contexto hospitalario (promoción de la salud y prevención del VIH a través de la educación entre pares en el contexto hospitalario)
	<i>Incidencia política</i>	
	Estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> Acciones orientadas al asesoramiento legal a personas con el VIH en relación a la vulneración de sus derechos (plan estratégico estatal)
	<i>Igualdad en derechos</i>	
Andalucía Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS	Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> Potenciar la implantación del PAI VIH/sida (Proceso Asistencial Integrado VIH/sida) Garantizar que todas las personas infectadas por VIH reciban atención sanitaria en el nivel más adecuado a su situación Mejorar la coordinación entre el sistema sanitario y el resto de instituciones y organismos Pilotar el proceso de transferencia de pacientes con VIH estables para su seguimiento en AP
	<i>Mejorar la atención sanitaria y diagnóstico precoz de VIH</i>	
	Homosfera	
	<i>Prevención positiva, calidad de vida y promoción de la salud en personas VIH</i>	<ul style="list-style-type: none"> Interrelacionar la prevención positiva, adopción de hábitos saludables, cuidados sanitarios y de soporte emocional Crear alianzas con otros sectores públicos, administraciones, asociaciones empresariales y las sindicales para obtener mayor eficacia y eficiencia en la prevención del sida y de las ITS
	Estigma y discriminación	
	<i>Disminución del estigma y la discriminación social</i>	



TABLA RESUMEN DE PLANES (cont.)

Origen de estrategia/plan	Área principal	Acciones
Asturias Estrategia para Reducir el Impacto Sanitario y Social de la Infección por VIH-sida en Asturias 2003-2007	Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una Red de centros y servicios de atención a la infección VIH-sida • Programas integrados de atención al VIH-sida en el Área Sanitaria • Atención a personas en situación avanzada de enfermedad y poco apoyo sociofamiliar • Creación de la figura del “Responsable de caso” • Acceso a la red de salud mental a pacientes con comorbilidad psiquiátrica • Centros de acogida • Acceso universal precoz a los servicios de diagnóstico y tratamiento
	<i>Mejorar la asistencia sanitaria y favorecer la rein-corporación social de las personas afectadas</i>	
	Homosfera	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer mecanismos de participación en la comunidad para mejorar la respuesta social organizada
	<i>Trabajar con la sociedad para articular una respuesta social organizada frente a los problemas derivados de la infección por VIH-sida en Asturias</i>	
Baleares Estrategia de VIH/sida	Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la atención integral de las personas con VIH
	<i>Atención sanitaria y social</i>	
Cantabria Plan de Salud de Cantabria	Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la atención sanitaria y social de las personas con VIH y otras ITS • Garantizar la continuidad en la asistencia de los pacientes entre AP y AE
	Estigma y discriminación	

TABLA RESUMEN DE PLANES (cont.)

Origen de estrategia/plan	Área principal	Acciones
Castilla La Mancha Estrategias para el control de la infección por VIH. Plan Dignifica	Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de actuación y de tratamiento con el objetivo de homogeneizar las prestaciones • Asesorar e informar a los médicos de Atención Primaria • Mantenimiento de los recursos existentes para el tratamiento paliativo de los pacientes con VIH en fase avanzada • Potenciar la continuidad de la asistencia, integrada en los dos niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria
	<i>Programa de atención asistencial</i>	
	Estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir entre la población las ideas esenciales para evitar que la infección por VIH contribuya a estigmatizar y discriminar a las personas que lo padecen
	<i>Disminuir el estigma y la discriminación social de las personas infectadas por VIH</i>	
Homosfera	<i>Plan dignifica</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la impregnación de la asistencia sanitaria con principios humanizadores • Promover la participación de todas las partes activas de la humanización, intentando involucrar e implicar a toda la sociedad, captando líderes e informantes clave entre profesionales, personas usuarias, asociaciones y otros colectivos
	<i>Plan dignifica</i>	
Cataluña Pla d'accióenfront del VIH i altres ITS 2016-2020. Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya	Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación y mejora de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales • Análisis del actual mapa de activos y promoción de equipos interdisciplinarios • Creación y promoción de la figura del gestor de caso • Desarrollo del programa y figura de enfermería de enlace
	<i>Atención integral de las personas que viven con el VIH/sida u otras ITS</i>	
	Estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a la población en general y, en particular, colectivos profesionales y agentes sociales
	<i>Promover un entorno que favorezca la inclusión social y supere el estigma y la discriminación</i>	
Ceuta II Plan de Actuación frente al VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en la Ciudad Autónoma	Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre las redes de asistencia sanitaria • Derivación desde la unidad de VIH/sida del Hospital Universitario de Ceuta a las Asociaciones implicadas • Coordinación con los dispositivos y recursos sociales
	<i>Atención sanitaria y social</i>	
	Estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Lucha contra el estigma y la discriminación de forma transversal en todos los programas de prevención y atención a personas con VIH
Comunidad Valenciana Estrategia para la Prevención del VIH/sida y Otras ITS	Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia mejorando la asistencia sanitaria a las personas que viven con el VIH
	Estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de sensibilización e información sobre la infección por VIH tanto a la población general como a los profesionales de las instituciones implicadas

TABLA RESUMEN DE PLANES (cont.)

Origen de estrategia/plan	Área principal	Acciones
Extremadura Plan de Acción sobre el VIH/sida	Asistencia sanitaria <i>Atención a personas seropositivas al VIH</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento, en condiciones de igualdad, de las prestaciones sanitarias que garanticen una atención integral a las personas infectadas por VIH • Promover la coordinación entre los niveles asistenciales del Sistema Sanitario Público de Extremadura, Instituciones Penitenciarias y agentes sociales
Galicia Plan Galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS)	Asistencia sanitaria <i>Asistencia sanitaria y el tratamiento de las personas con VIH y otras ITS</i> Estigma y discriminación <i>Reducir el estigma y la discriminación de las personas con VIH</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal del sistema sanitario y social de personas con VIH y otras ITS • Eliminar los obstáculos que impiden o dificultan el respeto de sus derechos • Promoción de la normalización de la vida de las personas con VIH • Mejorar la información en la población general
Madrid Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria	Homosfera	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar el cuidado del trato, la comunicación y la información, el cuidado de la relación, los cuidados a lo largo de la vida, cuidar con respeto, cuidar el bienestar y el confort, y sensibilizar a los profesionales como agentes de humanización
Murcia Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia	Asistencia sanitaria <i>Atención sanitaria integral de las personas infectadas por el VIH</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de guías operativas con pautas de seguimiento y tratamiento integral • Desarrollo de políticas de colaboración interinstitucional, interdisciplinar y participación ciudadana
Navarra Programa de Prevención y Control del sida	Asistencia sanitaria Estigma y discriminación <i>“Clima social”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la atención adecuada física, psicológica y/o social a las personas con prácticas de riesgo, seropositivas, enfermas y/o seres queridos • Generar corrientes de opinión y actitudes de respeto y democráticas respecto a las personas y a las supuestas prácticas de riesgo
País Vasco Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y Otras Infecciones de Transmisión Sexual	Asistencia sanitaria <i>Mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y otras ITS</i> Estigma y discriminación <i>Disminuir el estigma y la discriminación de las personas VIH</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el correcto seguimiento y tratamiento de los pacientes • Impulsar desde la Unidades hospitalarias de VIH, la adherencia al seguimiento • Reforzar la coordinación para la correcta derivación, tratamiento y seguimiento de los pacientes • Reforzar el compromiso de las autoridades sanitarias, como de entidades de la sociedad civil, para promover el disfrute efectivo de los derechos de las personas con VIH • Mejorar y reforzar el apoyo a las personas con VIH en riesgo de exclusión • Empoderar a las personas con VIH e ITS para evitar la autoexclusión • Promover el acceso a la información y la intervención legal ante posibles situaciones de violación de derechos humanos



HUMANIZACIÓN DE LA
ATENCIÓN SOCIOSANITARIA
A PERSONAS CON VIH

Con la colaboración de:



GILEAD

Creating Possible