

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA
EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

Título de la investigación:

“Análisis comparativo del modelo de atención a pacientes con VIH positivo en edad reproductiva (18 y 45 años) en Costa Rica y España”

Nombre del estudiante:

Stephanie Solano Segura

Tutor(a):

Dra. Adriana Villegas León

Sede San José

Mes, Año 2025

I. Resumen

EL virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad que afecta a los linfocitos CD4+, esto provoca un debilitamiento del sistema inmune; en consecuencia, su tratamiento se basa en una terapia antirretroviral (TAR). Esta investigación presenta una comparación entre los modelos de atención de Costa Rica y España, con un enfoque en el grupo poblacional de alto riesgo, siendo integrado por personas de 18 a 45 años, se toma en consideración las conductas de riesgo como lo son las prácticas sexuales, por ejemplo: el *chemsex*. Algunas de las barreras comunes que se identifican a lo largo del estudio son el estigma, la discriminación y los diagnósticos tardíos, los cuales afectan la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

Los modelos de atención deben ser multidisciplinarios, integrales y adaptar las necesidades sociales y emocionales de los pacientes, para incorporar la atención médica, farmacológica, apoyo psicológico y social; además de realizar estrategias de prevención, diagnósticos tempranos y garantizar accesos equitativos a los tratamientos. El propósito de este estudio pretende analizar las fortalezas que presenta el modelo de atención español y buscar aquellas que puedan ser implementadas al modelo costarricense, de acuerdo con la realidad del país, con la finalidad de reducir la transmisión, mejorar la adherencia al tratamiento y garantizar una mejor calidad de vida

II. Dedicatoria

Me gustaría dedicar mi tesis a mi familia, inicialmente, a mis padres Orlando Solano Chaves y Guillermina Segura Rodríguez, quienes me han brindado un apoyo incondicional en cada paso que he dado a lo largo de mi vida, los que han luchado contra viento y marea para que su niña sea una profesional, cumpliendo todos y cada uno de mis anhelos, los que me alientan a seguir y quienes me han enseñado las herramientas para ser la mujer que soy hoy día. Este logro también es de ellos.

A mis hermanos Kevin Andrés Solano Segura y Cristofer José Solano Segura, quienes han sido piezas fundamentales en este laberinto llamado vida, siendo hermanos, amigos y confidentes. Los cuales han creído en todo momento en mí, me han enseñado lo que es tener fortaleza y determinación, para aplicarla en cada desafío que se me presente y por los cuales siento una gran admiración.

A mis dos amores pequeñas, mis sobrinas Amelia Paola Solano Quesada y Camila Sofía Solano Castro, quienes llegaron a ser luz en nuestras vidas y las niñas que me enseñaron que se puede amar sin conocer, que, aunque su tía se encuentre lejos, las tiene presente en todo lo que realiza.

Y para finalizar, a mis tres ángeles, mis abuelos: Alejandro Segura Quesada, Guillermina Rodríguez Rodríguez y Angela Chaves Álvarez, si bien no se encuentran físicamente, siempre estarán presentes en mi corazón y estoy segura de que desde el cielo estarán muy orgullosos, así que esto también es en su honor.

A todos ellos, gracias, por ser el motor de mi vida, por siempre tener esa confianza en mí aun en los momentos de dificultad, sé que sin su apoyo nada de esto sería posible. Los amo.

III. Agradecimientos

Quiero agradecerle a mi tutora de tesis, la Dra. Adriana Villegas por el tiempo, paciencia y compañía que ha invertido a lo largo de estos meses, brindándome de su conocimiento para que mi tesis sea exitosa.

A mis amigos, principalmente a mi mejor amiga Mery Villalobos, quien ha estado a mi lado la mayor parte de mi vida, estando en las buenas, en las malas y en las peores; y quien me ha apoyado todos estos años de carrera. A Verónica Castro y Alberto Segura, quienes en mi último año de carrera me abrieron las puertas de su casa, estuvieron a mi lado en noches de desvelo, ayudándome en todo aquello que les fuera posible y por eso siempre les estaré agradecida.

Contenido

I. RESUMEN	2
II. DEDICATORIA	3
III. AGRADECIMIENTOS.....	4
CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 INTRODUCCIÓN.....	9
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
1.5 ANTECEDENTES	17
1.5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	17
1.5.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	20
1.5.3 ANTECEDENTES NACIONALES	28
CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO	31
2.1 GENERALIDADES DEL VIH	32
2.2 HISTORIA DEL VIH	34
2.3 PANORAMA MUNDIAL DEL VIH	37
FIGURA 1. TOMADA DE BLAMEY RODRIGO, SCIARAFFIA ALICIA, PIÑERA CECILIA, SILVA MACARENA, ARAYA XIMENA, CEBALLOS M. ELENA ET AL . SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE VIH A NIVEL GLOBAL Y NACIONAL	38
FIGURA 2. TOMADA DE BLAMEY RODRIGO, SCIARAFFIA ALICIA, PIÑERA CECILIA, SILVA MACARENA, ARAYA XIMENA, CEBALLOS M. ELENA ET AL . SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE VIH A NIVEL GLOBAL Y NACIONAL	39
FIGURA 3. TOMADA DE BLAMEY RODRIGO, SCIARAFFIA ALICIA, PIÑERA CECILIA, SILVA MACARENA, ARAYA XIMENA, CEBALLOS M. ELENA ET AL . SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE VIH A NIVEL GLOBAL Y NACIONAL	39
2.4 VIH EN LA POBLACIÓN EN ETAPA REPRODUCTIVA (18 – 45 AÑOS)	41
2.5 TRATAMIENTO DEL VIH	43
2.6 SEGUIMIENTO CLÍNICO DE PACIENTES CON VIH.....	46
2.7 MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD	49
FIGURA 4: TOMADO DE DESCRIPCIÓN DEL MODELO ÓPTIMO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR EL VIH. (2019)	50
FIGURA 5: TOMADO DE DESCRIPCIÓN DEL MODELO ÓPTIMO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR EL VIH. (2019)	51
FIGURA 6: TOMADO DE DESCRIPCIÓN DEL MODELO ÓPTIMO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR EL VIH. (2019)	51
2.8 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN PACIENTES CON VIH.....	52
2.9 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA	56
2.10 MARCO LEGAL Y POLÍTICAS INTERNACIONALES PARA LA ATENCIÓN DEL VIH.....	58

FIGURA 7. TOMADO DE PÉREZ J, RYAN P. PERSONALIZANDO EL CUIDADO HACIA UNA ÓPTIMA CALIDAD DE VIHDA. SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL SIDA. 2024; 12(32).	60
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO	62
3.1 ENFOQUE METODOLÓGICO.....	63
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	63
3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN	63
3.2 CRITERIOS DE BÚSQUEDA	64
TABLA 1. CRITERIOS DE BÚSQUEDA	64
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	66
TABLA 2. CRITERIOS DE <i>INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</i>	66
3.6 ALGORITMO.....	68
FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO O ALGORITMO DE BÚSQUEDA	68
CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	70
4.1 MODELO DE ATENCIÓN EN COSTA RICA	71
FIGURA 8. TOMADA DE PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE VIH Y SIDA. MINISTERIO DE SALUD. 2024.....	73
FIGURA 9. IMAGEN TOMADA DE PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE VIH Y SIDA. MINISTERIO DE SALUD . 2024 ..	74
4.2 MODELO DE ATENCIÓN EN ESPAÑA.....	75
FIGURA 10. IMAGEN TOMADA DE RESUMEN EJECUTIVO DEL DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL MANEJO COMPARTIDO DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA, REV CLIN MED FAM [INTERNET]. 2024.....	77
4.3 CUADRO COMPARATIVO ENTRE LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE COSTA RICA Y ESPAÑA	79
4.4 COMPARACIÓN DE COMPONENTES CLAVE DEL MODELO: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, ACCESO Y POLÍTICAS PÚBLICAS	83
ANÁLISIS COMPARATIVO	89
CUADRO 1. TABLA COMPARATIVA DE ACCESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.....	90
CUADRO 2. TABLA COMPARATIVA DE ACCESO A TRATAMIENTO DE PRÉP	92
GRÁFICA 1. COMPORTAMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN COSTA RICA (2020-2022).....	93
GRÁFICA 2. COMPORTAMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ESPAÑA (2020-2022).....	94
4.5 IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS EXITOSAS Y APLICABLES AL MODELO COSTARRICENSE	95
CUADRO 3. PRÁCTICAS APLICABLES DEL MODELO ESPAÑOL AL MODELO DE COSTA RICA	100
DIAGRAMA DE FLUJO 1. PROPUESTA DE PLAN DE MANEJO PARA PACIENTES CON VIH POSITIVA EN EDAD REPRODUCTIVA DE ACUERDO A LA REALIDAD COSTARRICENSE.....	107
CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	108
CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
BIBLIOGRAFÍA:	114
ANEXO A	120

Abreviatura Significado

VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Terapia Antirretroviral
CD4+	Linfocitos T colaboradores con receptor CD4 positivo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
PrEP	Profilaxis Preexposición
PEP	Profilaxis Posexposición
CONASIDA	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH-SIDA (Costa Rica)
CCM	Chronic Care Model (Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas)
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
ARN	Ácido Ribonucleico
IgM / IgG	Inmunoglobulina M / Inmunoglobulina G
ELISA	Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay)

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

El VIH es una enfermedad crónica, se trata de un retrovirus del género de los Lentivirus, el cual se encarga de atacar a los receptores CD4 del propio sistema inmunológico de aquel que se contagia, y genera una destrucción a su adecuado funcionamiento es por esta razón que se conoce como virus de la inmunodeficiencia humana y su tratamiento consiste en la administración de fármacos antirretrovirales (TAR), donde su objetivo consiste en disminuir la carga viral para lograr la supresión viral.

El virus fue aislado por primera vez en el año 1983 por un grupo de franceses, de los cuales destacan dos científicos principales, Françoise Barre-Sinoussi y Luc Montagnier, estos fueron líderes en la investigación (1)

Los modelos de atención del VIH han demostrado a lo largo de los años que su eficiencia se basa no solo realizando un buen diagnóstico y tratamiento, sino que su principal herramienta es la organización y asistencia que se le brinda al paciente. Es importante mencionar que estos modelos se componen de equipos multidisciplinarios.

En Costa Rica existe una entidad adscrita al Ministerio de Salud llamado Consejo Nacional de Atención Integral del VIH SIDA CONASIDA, se creó en 1999, con la finalidad de apoyar las políticas públicas y programas de acción interinstitucional y multisectorial.

La primera transmisión del virus del VIH en el país se registró entre los años 1970 y 1980; no obstante, el primer caso de SIDA confirmado ocurrió en 1983. Estos eran pacientes que tenían patologías como hemofílicas y, en 1986, se detectaron los primeros contagios en hombres que tenían sexo con hombres y personas bisexuales. Se registra que la mayor cantidad de contagios se encuentra en la Gran Área Metropolitana, la provincia de San José acumula la mayor cantidad de casos con un 65% de los casos y, desde que inició la circulación del virus, se nota que tiene mayor prevalencia en el sexo masculino (1)

Las enfermedades pueden estar condicionadas por factores sociales, esto puede llegar a influir de forma negativa en la evolución de algunas patologías como el VIH y que pueden estar presentes en la vida de cada una de las personas afectadas, incluyendo el sistema de salud. (2)

A través de los años, se ha destacado que uno de los principales detonantes para la transmisión del VIH es la desigualdad de género. Por, esto es importante evaluar la educación, ingresos, etnias u orientación sexual. (2)

De forma histórica, existen múltiples enfermedades que han sufrido de estigmatización, entre ellas se pueden encontrar la lepra, cáncer, tuberculosis e incluida la enfermedad por VIH, esta se considera como una de las más estigmatizadas. En España, de acuerdo con un estudio realizado por la sociedad española interdisciplinaria del SIDA, se evidenció una tendencia en la disminución de casos para el año 2012. (2)

Es importante considerar los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA), en los que epidemiológicamente se determina la existencia de 39 millones de personas que viven con VIH, esto lleva a reconocer la importancia de una valoración temprana y de la detección de poblaciones de riesgo en el primer nivel de atención. (3)

En algunos países se implementaron leyes que penalizan la transmisión del VIH, sin embargo, esto no demostró que las personas adopten actividades positivas en su conducta sexual, sino que muchas personas optan por esconder su serología a las parejas, por miedo a la persecución criminal que esto puede generar. (2)

Esta investigación tendrá un enfoque comparativo entre dos países, Costa Rica y España, la cual se basará en una revisión bibliográfica de literatura científica actualizada, para este estudio se determinó España como un país de referencia, gracias a que presenta un sólido sistema de salud público, con un alto compromiso con los derechos humanos y han logrado incorporar diversas prácticas a lo largo de los años sustentados de avances clínicos que han dado resultados positivos en otros modelos de atención.

Es por esta razón, que para implementar en Costa Rica las prácticas del modelo de atención español con resultados positivos, primeramente se debe conocer su estructura; por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se estructuran los modelos de atención para pacientes con VIH positivo en edad reproductiva en Costa Rica y España?

1.2 Planteamiento del problema

A pesar de la reducción en la cantidad de nuevos casos por los avances en los tratamientos TAR, los cuales han permitido una disminución significativa en la mortalidad por VIH, la infección continúa siendo un problema de salud pública global. La falta de información y el estigma asociado al VIH, especialmente en aquellos países con un menor grado de desarrollo, generan efectos negativos en las personas que viven con este virus. La discriminación, tanto social como en el ámbito médico, desencadena problemas de autoestima, ansiedad, angustia y estrés, lo cual afecta la calidad de vida de los pacientes. (2)

El estigma y el miedo a la persecución impiden que muchas personas busquen ayuda médica y se realicen pruebas de VIH. Aquellos que ya han sido diagnosticados con el virus muchas veces ocultan su estado serológico, lo que reduce sus posibilidades de recibir un tratamiento adecuado. Este fenómeno contribuye a invisibilizar la epidemia, llevando a un subregistro de casos y, como consecuencia, a un tratamiento incompleto o discontinuo, lo que repercute negativamente en la salud pública.

En países en desarrollo como Costa Rica, el modelo de atención puede presentar ciertas limitaciones en materia de recursos y accesibilidad, en comparación con países que presentan un mayor desarrollo, en este caso España.

En Costa Rica, si bien la prevalencia del VIH es baja en comparación con otros países, existen grupos que afrontan mayor riesgo: los hombres que tienen sexo con hombres, los trabajadores sexuales y personas transgénero. A esta población se le debe brindar especial atención, ya que están expuestos a la infección y tienen mayores dificultades, tanto sociales como culturales.

A pesar de que en los últimos años se han implementado estrategias de prevención y tratamiento, el modelo costarricense se puede beneficiar de una actualización e incorporación de mejoras en sus prácticas, basándose en los avances presentados en países europeos como España. Realizar una comparación entre ambos modelos, puede aportar información para identificar aquellas áreas de mejora y así adaptar estrategias exitosas que ayuden a optimizar los resultados en Costa Rica.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Analizar comparativamente los modelos de atención dirigidos a pacientes con diagnóstico de VIH positivo en edad reproductiva en Costa Rica y España, identificando diferencias y aspectos clave en su implementación y efectividad.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir los componentes esenciales de los modelos de atención a pacientes con VIH positivo en edad reproductiva en Costa Rica y España, recopilando información sobre sus enfoques en diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Comparar las diferencias y similitudes en los modelos de atención de Costa Rica y España, analizando sus estrategias de tratamiento, acceso a medicamentos y políticas de salud.
- Realizar una revisión de la literatura científica sobre las prácticas en la atención de pacientes con VIH en edad reproductiva, identificando y comparando los enfoques documentados en Costa Rica y España que han demostrado resultados positivos, con el fin de elaborar una propuesta de modelo de atención integral adaptada al contexto costarricense.

1.4 Justificación

La siguiente investigación tiene como objetivo realizar un análisis comparativo entre los modelos de atención a pacientes con VIH positivo en Costa Rica y, con la finalidad de reconocer las fortalezas y áreas de mejora en cada uno. Este estudio tiene como objetivo optimizar el modelo costarricense de atención, lo que se puede traducir en una mejora en la calidad del servicio, con una atención más eficaz a los pacientes en Costa Rica

De acuerdo con datos de ONUSIDA, en 2022 existían un total de 39 millones de personas con diagnóstico de VIH en el mundo, de las cuales unos 29,8 millones reciben tratamiento antirretroviral (3). A pesar de los avances, el VIH sigue siendo un problema de salud pública global, afectando a millones de personas en diferentes contextos socioeconómicos. La atención sexual y reproductiva es fundamental en la atención primaria, y la optimización de los modelos de atención es crucial para garantizar la accesibilidad y calidad del tratamiento para todos los pacientes, independientemente de su contexto socioeconómico.

Para el año 2022, se estimaron 630,000 muertes en el mundo a causa del VIH, por lo que se evidenció la existencia de deficiencias importantes para combatir la epidemia de este virus. Estas diferencias socioeconómicas entre países con ingresos elevados, medios y bajos, generaron grandes dificultades para el acceso al tratamiento de los usuarios; no obstante, las muertes se han reducido en un 52% desde el año 2010. (3)

Analizar los modelos permite identificar las barreras que se puedan presentar, como una atención inadecuada, falta de acceso a los tratamientos, discriminación y estigma social asociado al VIH; todos estos factores afectan la adherencia al tratamiento. Esta investigación tiene como objetivo avanzar hacia una atención más personalizada, integral y accesible, para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH en ambos países.

El modelo se debe basar en un enfoque integral, en el que se consideren tanto las necesidades médicas, así como las emocionales, psicológicas y sociales. El VIH es una

enfermedad crónica y compleja, por lo que se debe mantener un modelo multidisciplinario, involucrando equipo médico, psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas para ofrecer un tratamiento completo. Además, el diagnóstico temprano es un factor clave en la gestión del VIH, por lo que el inicio temprano del tratamiento permitirá que el paciente tenga un mejor pronóstico, reduce la transmisión del virus y mejora su adherencia.

El grupo etario elegido para el estudio, se conforma por edades entre 18 a 45 años, este es el más afectado por la epidemia de VIH, con mayor riesgo para los adultos jóvenes que frecuentemente desconocen su estado serológico y evitan realizarse la prueba por miedo y la falta de información proporcionada. Este grupo se encuentra en una etapa de exploración sexual, lo que incrementa el riesgo de conductas sexuales irresponsables. Estudiar sus comportamientos y hábitos puede ayudar a diseñar estrategias de prevención adaptadas a sus necesidades específicas.

. Las personas transgénero y los hombres que tienen sexo con hombres representan un 9,5% de los contagios y se estimó que, para el 2021, en América Latina los grupos claves y sus parejas representaron un 93% de los contagios. La transmisión entre heterosexuales también permite la perpetuación de la epidemia del VIH, teniendo como consecuencia que las mujeres sean un 63% de las infecciones para el año 2022 en África subsahariana y un 46% a nivel mundial (3)

Es importante destacar los contagios producidos debido a la transmisión vertical (TV), la cual se genera cuando mujeres con VIH quedan embarazadas y no tienen un adecuado control de su serología e infectan a los bebés en el momento del parto. Según Blamey et al., las intervenciones de prevención, más el acceso del tratamiento antirretroviral, permiten una disminución de los casos; sin embargo, los datos proporcionados del 2022 son de 130 000 casos al año. (3)

El acceso a los tratamientos TAR es otro aspecto de mayor impacto en la investigación del VIH, los cuales han permitido que las personas vivan con el virus hasta la vejez, sin desarrollar SIDA. Ahora bien, existen muchas personas que pueden presentar dificultades para

acceder a los fármacos, ya sea por motivos económicos, sociales, o bien por la falta de información existente. Investigar las barreras que existen, para que las personas puedan tener acceso a estos medicamentos, es de suma relevancia para que el tratamiento tenga mayor cobertura. Otro de los puntos importantes es la prevención combinada, esto incluye el uso de preservativos, el PrEP y la educación sexual integral. Estos permiten maximizar los esfuerzos de prevención y reducir la incidencia del virus.

Asimismo, la salud mental es un aspecto fundamental en la atención de personas con esta enfermedad. El diagnóstico de VIH puede generar ansiedad, depresión y estrés, lo que afecta la capacidad de los pacientes para adherirse al tratamiento. Comprender esos aspectos emocionales y sociales es clave para desarrollar programas de apoyo psicológico y social que mejoren el bienestar general del paciente. (2)

La evolución del VIH de ser una enfermedad con un alto grado de mortalidad a ser una enfermedad crónica manejable se ha logrado gracias a los avances científicos y a la creación de agentes de salud eficaces. Sin embargo, la continua actualización de los modelos de atención es esencial para garantizar su efectividad y relevancia. Según Fuster et al., todas las enfermedades están fuertemente condicionadas por factores sociales que son determinantes de la salud, jugando un papel crucial en la atención de las enfermedades. (2)

En este estudio se describe la existencia de conductas de riesgo en comunidades expuestas altamente al estigma social, en dicho estudio participaron 150.000 hombres de 38 países europeos que tenían sexo con hombres y aquellos que vivían en países con un nivel alto de homofobia, estos últimos fueron el grupo con mayor probabilidad de incurrir en conductas sexuales de riesgo. (2)

Garollo et al., mencionan las influencias medioambientales y los cambios que esto conlleva, por lo que desempeñan un papel crucial en el desencadenamiento de crisis humanitarias. Asimismo, las epidemias, como el VIH, han cobrado millones de vidas desde su aparición; por lo tanto, persiste como un problema de salud pública. (4)

La epidemia del VIH en Costa Rica se concentra en las áreas metropolitanas; San José es la provincia más afectada. La transmisión del VIH aún es predominantemente por prácticas sexuales, aunque también se han registrado casos por el uso compartido de jeringas. En el país, la población más afectada continúa siendo la de los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas transgénero; lo que evidencia una tendencia enlentecida a la población femenina. El tratamiento con ARV fue introducido en Costa Rica en 1998, pero persisten desafíos en la adherencia y continuidad del tratamiento. (1)

La atención en salud sexual y reproductiva se considera uno de los factores con mayor vitalidad en la atención primaria; sin embargo, en algunos contextos humanitarios se tiende a descuidar por priorizar otras necesidades humanitarias como la hambruna, desnutrición y carencia en los servicios básicos, etc. (4)

El contexto epidemiológico y social continúa avanzando, por este motivo, los cambios en la dinámica social, la creación de tecnología cada vez más avanzada y de emergencias sanitarias pueden llegar a impactar en el funcionamiento y efectividad de estos modelos. Por consiguiente, se deben adaptar cada cierto tiempo, para garantizar su eficacia y que sean pertinentes con las realidades actuales que se presentan.

Este estudio contribuirá a la identificación de factores que puedan mejorar los modelos de atención en Costa Rica y a la implementación de mejores prácticas basadas en la experiencia de otros países, como España. La adaptación de los modelos de atención a las realidades sociales, tecnológicas y epidemiológicas actuales es fundamental para mejorar los resultados en salud pública y garantizar una atención más eficaz y accesible para todos los pacientes.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes históricos

Carrillo (2004). En México realizó una investigación titulada “El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia”, donde su objetivo general fue conocer el agente causal del SIDA, donde se descubrió el retrovirus que finalmente fue llamado HIV.

La metodología de la investigación fue de tipo cualitativa, en la cual destaca los primeros descubrimientos relacionados con la patogenia del VIH, la identificación de la molécula del CD4+, en el cual destaca el trabajo realizado por los investigadores Luc Montagnier y sus colaboradores.

Este antecedente permitió tener un mejor entendimiento de la fisiopatología del virus y la causa del SIDA, así como la realización de la primera droga antirretroviral y tener una posibilidad terapéutica más específica. (5)

Rodríguez (2018). En Costa Rica se realizó una investigación llamada “Aspectos epidemiológicos del virus de inmunodeficiencia humana en Costa Rica”, la cual tenía como objetivo principal conocer la situación epidemiológica en Costa Rica identificando como el grupo más afectado son aquellas personas de 20 a 54 años.

La metodología de la investigación se basó en una investigación observacional; en esta se determinó la magnitud de la epidemia presentada, siendo los hombres los mayormente afectados, representando un total de 83.3% de los casos.

Este antecedente permitió conocer el impacto social, en donde se determinó que el virus ha presentado un incremento de los casos en ambos sexos; sin embargo, el predominio es sobre el sexo masculino y la necesidad de fomentar el uso de preservativos y el trabajo en poblaciones vulnerables. (1)

Fuster-Ruizdeapodaca (2018). En España existe una investigación llamada “Dimensión social del VIH y respuesta estatal”, donde su objetivo general fue reconocer los principales factores que generan una estigmatización de la infección del VIH, en la cual la orientación y la identidad sexual son una fuente de vulnerabilidad, así como la discriminación y leyes que perpetúan estas problemáticas.

La metodología de esta investigación se basó en una revisión bibliográfica de tipo cualitativo. En dicha investigación se determinaron niveles estructurales de forma social, en la cual una gran parte de estos presentan resultados negativos y cómo genera un incremento en la falla terapéutica.

Este antecedente contribuyó a evidenciar la problemática generada a nivel social a raíz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la cual representa un obstáculo para llegar a las metas de 90-90-90 propuestas por ONUSIDA para el año 2020. (2)

Wichmann (2019). En España se realizó un estudio que lleva por nombre “Nuevos modelos asistenciales dirigidos a personas con VIH”, en el que su objetivo principal es la evaluación de la modificación de los modelos de atención, donde se tomen en cuenta las comorbilidades de los pacientes, así como la necesidad de integrar tecnologías que puedan facilitar la atención y participación de los pacientes.

La metodología de la investigación es de tipo cualitativa, en esta se conoce la importancia de la participación del paciente en este proceso; sin embargo, se destaca el temor de los pacientes en el primer nivel de atención y la posible falta de confidencialidad, así como el estigma ejercido por los profesionales en salud.

Este antecedente destacó que cualquier cambio que se realice en los modelos de atención de salud, debe tomar en cuenta el aumento de carga en la asistencia, así como tener indicadores de calidad en la asistencia y la práctica clínica. (6)

Rojo (2019). En España hay un estudio con el título “Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH”, este estudio presenta como objetivo general analizar el impacto de los modelos de atención crónicos, el cual es el modelo actual utilizado por la población española, en donde los modelos multidimensionales demostraron tener mejores resultados.

La metodología de la investigación fue de estudio analítico observacional. En este estudio se analizan los modelos de España y el modelo de cuidado crónico. En este modelo crónico se distinguen tres planos y seis elementos importantes para ser llevados a cabo, en el que se propone una solución multidimensional. En el modelo español se encuentran cuatro fases principales: la detección, el diagnóstico, los cuidados y sus seguimientos.

Este antecedente permite visualizar las áreas de mejora para ambos modelos, en las cuales se determinaron problemas a nivel de organización y coordinación de la atención para estos pacientes, estableciendo así una dificultad para la optimización de los cuidados, generando una negatividad en los resultados. (7)

Berenguer (2018). En España se llevó a cabo una investigación titulada “Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección por VIH”, la cual tuvo como objetivo principal el análisis del tratamiento eficaz y su impacto en la vida de los infectados, en esta también se destacan las intervenciones de organización y gestión.

La metodología de la investigación que se utilizó en este estudio es una serie de casos de tipo cualitativa, en donde se relatan distintas intervenciones con el fin de ser implementado en los modelos crónicos, el cual pueda ser utilizado tanto en atención primaria como especialistas, evolucionando a un sistema proactivo.

Este antecedente destacó el avance que se ha realizado gracias a los tratamientos antirretrovirales, incrementando la esperanza de vida en aquellas personas infectadas por el virus, dejando en evidencia que el modelo de atención debe estar enfocado en una enfermedad crónica, ya que el de enfermedades agudas no continúa presentando efectividad. (8)

1.5.2 Antecedentes internacionales

Hernando (2023). En España existe un estudio llamado “Actualización del continuo de atención del VIH en España 2021-2022”, el cual tuvo como objetivo general conocer el porcentaje de personas con diagnósticos de VIH en España, que presentan una supresión viral con el tratamiento antirretroviral, con los datos proporcionados hasta el 2022.

La metodología en esta investigación es de tipo cualitativa, la recolección de datos se realizó mediante distintas técnicas, se tomaron en cuenta los perfiles de las personas que conocen su diagnóstico, de aquellos que se encuentran tomando tratamiento antirretroviral y su carga viral está suprimida, así como aquellos que están en el registro nacional de casos de SIDA.

Este antecedente permitió conocer los datos de los pacientes que viven con VIH, y se evidenció que para el 31 de diciembre un 0,31% de la población española total se encontraba infectada por el virus. De estos, un 92,5% vive con VIH, un 96,6% se encuentra en tratamiento debidamente y un 90,4% se encuentra en supresión. Por lo que para el año 2021 se habrían superado las metas proporcionadas por ONUSIDA. (9)

Restrepo (2024). En Colombia se llevó a cabo una investigación titulada “Participación social y comunitaria frente a la respuesta al virus de inmunodeficiencia humana” el cual tuvo como objetivo principal conocer la importancia que le brindan los entes sociales y gubernamentales a la epidemia por VIH y evidenciar sus necesidades, con la finalidad de brindar un plan estratégico para su prevención.

La metodología de investigación que se empleó fue de estudio analítico de tipo cualitativo, en la cual se realizaron entrevistas en las mismas participaron entidades relacionadas con la contención del VIH, personas de población de riesgo, así como personas ya diagnosticadas. Su información se desarrolló de acuerdo con entrevistas semiestructuradas, debido a su flexibilidad.

Este antecedente permitió conocer deficiencias de los entes en materia de educación, diagnóstico precoz, disminución del estigma y participación social. Y, de acuerdo con los entrevistados, las estrategias deben ir dirigidas a la población general, población de riesgo y personal de salud. (10)

Troche (2024). En Colombia se realizó un estudio llamado “Atención de las personas que viven con VIH en el Sistema de Salud Colombiano: perspectivas de pacientes, cuidadores y personal de salud”, el cual como objetivo principal es analizar el sistema de salud colombiano y la forma en que aborda a las personas que viven con VIH, tomando como las principales aquellas que viven en estado de pobreza y se encuentran afiliados a un plan de beneficio del régimen subsidiado.

La metodología que se empleó en esta investigación es un estudio analítico de tipo cualitativo, en donde la muestra constó de tres grupos: las diagnosticadas con VIH, los cuidadores y el personal de salud, a los cuales se les realizaron entrevistas individualizadas con la finalidad de conocer la problemática y las barreras que impactan de forma negativa el sistema.

Este antecedente permitió conocer complicaciones que experimentaron los pacientes debido al tratamiento antirretroviral, enfermedades de tipos oportunistas y hospitalizaciones; así como la falta de información por parte de los cuidadores y la percepción de estigma que experimentan los pacientes por parte del personal de salud. (11)

Kauss (2020). En Brasil se llevó a cabo un estudio denominado “Reincidentes en el cuidado, pero sin derecho a la prevención: un análisis de la oferta de la profilaxis posexposición sexual al VIH en Porto Alegre, Brasil”, el cual tuvo como objetivo identificar las barreras de la implementación de la profilaxis, la cual constituye un avance en el método preventivo y de adquisición del VIH. si bien se realiza la implementación de estrategias dictados por los protocolos clínicos, representa desafíos para el sistema de salud único en el país.

La metodología de esta investigación fue un estudio de casos de tipo cualitativa, en la cual emplearon técnicas de observación, realizando su estudio en sitios como consulta externa, recepción y lugares de interacción donde las personas se acercaban a buscar fármacos de profilaxis, así como la interacción entre los profesionales, con la finalidad de conocer la organización de acuerdo al uso de la profilaxis.

Este antecedente permitió evidenciar la necesidad de una mayor organización, ya que ambas unidades sanitarias encontradas a cargo trabajan como equipos y con procesos de actuar independientes, por lo que en casos representaba una dificultad para las personas acceder a estos medicamentos. (12)

Rodriguez (2024). En Chile se realizó una investigación llamada “Orientaciones para el manejo ambulatorio de adultos que viven con VIH en Chile”, este estudio tuvo como objetivo principal establecer un manejo optimizado para los pacientes con diagnósticos de VIH, en este se estipulan los pasos a seguir al momento del diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Esta investigación presentó una metodología de tipo cualitativa, en la cual se detallan las etapas del virus, el manejo en casos especiales como en pacientes embarazadas y estudios especiales que se deben realizar. En el mismo se detallan complicaciones que pueden presentar los pacientes infectados por el virus del VIH, así como los efectos adversos de los medicamentos.

Este antecedente permite tener una visión clara de todo el proceso diagnóstico terapéutico que se debe llevar a cabo con cada paciente, así como tomar en cuenta las respectivas comorbilidades, sobreinfecciones de enfermedades de transmisión sexual y bacterianas. (13)

Blamey (2024). En Chile se desarrolló una investigación llamada “Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional: Puesta al día”, el cual tuvo como objetivo

principal analizar la situación de la epidemia del VIH a nivel global y en Chile, así como los impactos positivos y negativos que se han presentado durante los años, además de la implementación de la medicación de profilaxis.

La metodología utilizada en esta investigación fue un estudio transversal de tipo cualitativa, en la cual se revisaron documentos del programa conjunto de las naciones unidas para el VIH, la panamericana, así como de instituciones públicas de Chile, detectando la tendencia positiva en la reducción de 59% desde 1996 a 2010, y viendo un incremento del 8% en los casos en América Latina.

Este antecedente permitió tener un panorama de la epidemia del VIH a nivel mundial, en el cual se documentó los desafíos importantes en el enfrentamiento de la epidemia del VIH. En América Latina se difirió de la tendencia global, en donde la falta de políticas y la situación migratoria han sido uno de los factores que han impactado en la epidemiología del país. (4)

Gómez (2023). En Colombia realizaron una investigación llamada “Aspectos farmacológicos y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH”, este tuvo como objetivo principal reconocer los aspectos que dificultan una adherencia del tratamiento antirretroviral, ya que en distintos estudios se ha demostrado la necesidad de tener un 90% en el nivel de adherencia.

En este estudio se empleó una metodología de investigación de tipo analítico observacional, y se incluyen personas que toman algún otro fármaco además del TAR, pacientes que presentan reacciones adversas al medicamento, así como antecedentes de no adherencia, nivel socioeconómico, preferencias sexual y desempleos, la muestra fue tomada de los pacientes de una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Colombia.

Este antecedente permitió determinar que las reacciones adversas, tasa de reclamación de fármacos y la polimedicación son factores que reducen la adherencia. En dicha investigación se tomó el total de la población en estudio, por lo que el sesgo estuvo reducido

al mínimo y se determinó la necesidad de implementar estrategias tecnológicas para la mejora del seguimiento farmacológico. (15)

Darias (2023). En España existe un estudio llamado “Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España”, el cual tuvo como objetivo principal establecer estrategias de prevención, diagnóstico precoz, promoción y mejora en la calidad de vida, con el fin de lograr la eliminación del VIH y las ITS para el año 2030.

La metodología empleada en esta investigación es de tipo cualitativo. En este estudio se evaluó la situación de España para el año 2020, donde se brinda un enfoque para el cual se tomaron los determinantes legales, sociales y de diversidad sexual, así como las alertas generadas por ONUSIDA.

Este antecedente permitió hacer una revaloración del plan de control de infecciones por VIH e ITS, en el que se buscó mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios para el diagnóstico, así como una asistencia integral, promoviendo la equidad y fomentando la digitalización de los sistemas. (16)

Villa-Fuentes (2024). En Chile se realizó una investigación titulada “Incertidumbre de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en Chile” el cual tuvo como objetivo principal valorar la incertidumbre en los pacientes, debido a que esto puede generar un desajuste del diagnóstico, una mal adherencia al tratamiento y una mala adaptación a la enfermedad, permitiendo sustentar futuras estrategias.

La metodología de esta investigación es de tipo cuantitativa, en la que se valoró el estrés e incertidumbre de las personas que viven con VIH, y se tomó como muestra 118 personas pertenecientes a diferentes organizaciones en la que se abordaron temas de ambigüedad relacionada con la enfermedad, complejidad del tratamiento y sistema de cuidado.

Este antecedente permitió evidenciar la importancia de brindar un enfoque en el que se promuevan estrategias para el autocuidado, así como programas de sexualidad. Asimismo, generar medidas en atención primaria y secundaria, permitiendo que las personas infectadas con VIH presenten una mejor adaptabilidad de su enfermedad. (17)

Koerting (2024). En España se realizó una investigación llamada “VIH y derechos humanos: acción política para alcanzar CERO estigma”, esta investigación tuvo como objetivo principal abordar diferentes estrategias y acuerdos con la finalidad de trabajar el estigma que rodea al VIH, sobre reformas legales, servicios públicos, atención sanitaria y la educación.

La metodología utilizada en esta investigación se basa en la opinión de expertos y es de tipo cualitativa. Para esta se tomaron en cuenta datos del Ministerio de Sanidad, del programa de las Naciones Unidas, el cual se presentó en el Parlamento Europeo, por lo que su finalidad es alcanzar con los objetivos a nivel mundial.

Este antecedente analiza los objetivos para la eliminación del estigma del VIH; en este se concluye la relevancia de la eliminación de barreras, la igualdad en la prestación de servicios y la construcción de entornos en el que haya igualdad de oportunidades. (18)

Iturrieta (2023). En Chile se realizó un estudio titulado “Evaluación comparativa de medición de linfocitos CD4+ por dos técnicas: estándar nacional versus test rápido de ejecución local”, el objetivo general fue analizar la técnica estándar versus una técnica rápida en la cual su resultado se va a encontrar en 20 minutos para poder realizar la medición del CD4+, para valorar la posibilidad de iniciar el tratamiento antirretroviral de manera temprana.

La metodología empleada es un estudio transversal de tipo cuantitativo, en el que se realizaron pruebas a 102 pacientes, y se detectó que las pruebas mostraron resultados diferentes entre ellas, en donde la prueba rápida obtuvo valores inferiores del conteo de CD4+, sin embargo, no generó una afectación en la clasificación del paciente.

Este antecedente permitió conocer la efectividad de las pruebas de teste rápido, dado que muestra alto nivel de precisión, de esta forma se concluye que las estrategias se podrían implementar en áreas rurales, por lo que este hallazgo podría contribuir a disminuir la cantidad

de visitas al centro hospitalario, un inicio temprano del antirretroviral, así como un inicio rápido de la profilaxis. (19)

Mora (2024). En España se realizó una investigación llamada “Epidemiología, tratamiento y pronóstico de la infección VIH en 2024: revisión práctica”, la cual tuvo como objetivo principal esclarecer la epidemiología a nivel europea principalmente, detectando las principales vías de transmisión de sexual, así como el abordaje apropiado de las comorbilidades asociadas.

La metodología de esta investigación es un estudio de casos de tipo cuantitativo, recopiló los datos proporcionados en diferentes investigaciones, facilitó indicaciones de tratamiento, complicaciones y comorbilidades de acuerdo con diferentes grupos etarios.

Este antecedente permitió tener una visión optimista, gracias a los distintos avances generados a lo largo de los años y a las herramientas disponibles, llevando a una reducción de la epidemiología y tratamientos eficaces, los cuales prolongan la vida de los pacientes. (20)

Fernández (2020). En España se realizó una investigación llamada “Prevalencia de diagnóstico tardío en infecciones por VIH”, en el que se destaca como objetivo principal detectar pacientes para los que el diagnóstico se dio a conocer de manera tardía, en donde lo mismo representa un alta en las hospitalizaciones y mortalidad, así como una negatividad para la salud pública del país.

La metodología de esta investigación es un estudio analítico de tipo observacional, en el que se recopilaron datos de pacientes diagnosticados entre los años 2013 y 2018. En el cual se revisó la atención sanitaria recibida 5 años antes de establecido el diagnóstico de VIH, para el reconocimiento de las oportunidades en las que el diagnóstico se pudo establecer antes.

Este antecedente permitió evidenciar los diagnósticos tardíos, y sus resultados demostraron una deficiencia en la realización del cribado por VIH y carencia en la detección de la población de riesgo. (21)

Bouabida (2023). En Canadá realizaron una investigación llamada “Desafíos y barreras para la participación en la atención del VIH y la cascada de atención: punto de vista”,

su objetivo principal es determinar los principales desafíos que pasan las personas infectadas por VIH, también de cómo el estigma genera diversas afectaciones en su forma de vida.

Esta investigación es una opinión de expertos de tipo cualitativo, en el mismo se destacan factores como barreras sociales, la necesidad de la participación del paciente, la adherencia al tratamiento y la importancia de que los mismos entiendan la información de su salud para tomar decisiones con base en ello.

Este estudio permitió conocer el cómo la adherencia al tratamiento puede verse considerablemente afectada por el estigma, siendo este un componente de suma relevancia para presentar un éxito en el manejo de la patología. (22)

Molina (2024). En España se realizó un estudio llamado “Personalizando el cuidado hacia una óptima calidad de VIHda”, el cual tuvo como objetivo principal establecer las fases para la mejora de la atención bajo un modelo más individualizado, el cual facilite la toma de decisiones y establecer un modelo en el que se definen siete perfiles diferentes, planteando buenas prácticas y estableciendo retos a futuro.

Esta investigación fue de tipo cualitativa, en la que se toman en cuenta herramientas para la medición de la calidad de vida, se destacan las iniciativas hacia la atención neuropsiquiátrica, participación de las personas en todos los niveles, así como las figuras educadoras.

Este antecedente fortaleció la integración de diversos modelos, para optimizar el cuidado de los pacientes y esclarecer problemáticas de la actualidad, como el *chemsex*, estableciendo el continuo contacto de comunicación entre las unidades de VIH. (23)

1.5.3 Antecedentes nacionales

León (2022). En Costa Rica se realizó una investigación llamada “Infección por VIH: la pandemia del siglo XX que no nos abandona”, en la que su objetivo general se basó en establecer la historia de la pandemia del VIH desde sus inicios en el año 1981, hasta la pandemia del COVID-19.

La metodología de esta investigación fue la opinión de expertos de tipo cualitativa, en la cual se destacó la historia de la pandemia, así como costo del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH, tanto en la Caja Costarricense del Seguro Social como a nivel privado y la ejecución de exámenes de control cada 5 años.

Este antecedente permitió conocer los diferentes desarrollos de terapias combinadas, el uso de uno o más fármacos y el costo económico que representa para los pacientes y velar por el beneficio de las personas, tanto a nivel individual como comunitario. (24)

Centeno (2022). En Costa Rica se realizó un estudio titulado “Protocolo Nacional de Vigilancia de la infección por VIH y las infecciones de transmisión sexual”, la cual presentó como objetivo principal fortalecer el proceso de vigilancia epidemiológica nacional, el cual se vuelve de acatamiento obligatorio con la finalidad de lograr las metas propuestas por ONUSIDA, así como la eliminación del VIH.

La metodología de dicho estudio tiene un enfoque cualitativo, para el cual se consideró diferentes enfermedades de transmisión sexual, su proceso de confirmación y respectiva notificación a la autoridad sanitaria correspondiente, determinándose sus métodos diagnósticos empleados para cada ITS.

Este antecedente permitió reconocer el proceso que se debe llevar a cabo cuando se diagnostica una enfermedad de transmisión sexual, así como el proceso para su debida notificación a los entes correspondientes y cuáles son sus debidas boletas de notificación. (25)

Mora-Castro (2023). En Costa Rica se realizó una investigación con el nombre de “Intervenciones psicológicas para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral: Revisión sistemática y metaanálisis”, el cual tuvo como objetivo principal detectar la eficacia de las intervenciones psicológicas que permiten tener éxito en la adherencia al tratamiento antirretroviral con la finalidad de evitar la mutación de las cepas virales y evitar la progresión a SIDA.

La metodología de esta investigación fue una revisión sistemática, con la realización de un metaanálisis y revisión bibliográfica en el que se destacó un incremento en la adherencia al tratamiento con la existencia de intervenciones de apoyo social estrategias aplicadas a la vida cotidiana de los pacientes.

Este antecedente permitió el reconocimiento de factores como el vivir solo, comorbilidades y cantidades de medicamentos ingeridos , son algunas causas que disminuyen la adherencia al tratamiento en estos pacientes. (26)

Boza-Cordero (2023). En Costa Rica se realizó una investigación llamada “VIH/SIDA y epigenética”, cuyo objetivo principal es conocer los mecanismos epigenéticos, con la finalidad de conocer la relación del VIH como un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cáncer y envejecimiento prematuro.

La metodología de esta investigación fue de tipo cualitativa, la cual se realizó en el periodo del 2013 al 2022, en donde se detectó que, con o sin tratamiento antirretroviral, existe un proceso inflamatorio crónico, por lo que esto puede predisponer a la generación de comorbilidades asociadas a la infección del VIH.

Este artículo permitió recolectar información en la cual se evidencia el comportamiento de la herencia, y la evolución del VIH/sida, así como los procesos clínicos que los acompaña, en el que se determinó que actualmente la principal causa de muerte de estos pacientes son las enfermedades asociadas. (27)

Prieto-Domínguez. (2021). En Costa Rica se realizó una investigación llamada “Selección del tratamiento de rescate en pacientes con VIH-1: respuesta y supervivencia”, en la que su objetivo primordial fue determinar el impacto de la prueba genotípica ante la resistencia al tratamiento antirretroviral.

Esta investigación consistió en un estudio de cohorte de tipo cuantitativo. Los pacientes se dividieron en dos grupos, con un total fueron 212 pacientes y se estudió la determinación de la selección de la terapia.

Este antecedente estableció el incremento de la efectividad cuando se instaura un tratamiento de rescate basado en una prueba genotípica y tuvieron un mayor incremento de linfocitos CD4+. (28)

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades del VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana es un virus de la familia de los retrovirus, perteneciente a un género llamado lentivirus y que a su vez se divide en dos grupos: de tipo 1 y tipo 2, cuyo huésped principal son los vertebrados. (1)

Su fisiopatología consiste en realizar una activación inmunológica crónica, la cual lleva a un incremento en la expresión de los marcadores inmunológicos como los CD4+, el factor de necrosis tumoral y el interferón alfa. Esto genera un estado inflamatorio persistente; por lo tanto, este es el responsable de la inmunodepresión que contiene la enfermedad y por la que se caracteriza. (1)

En cuanto a su mecanismo de replicación, puede ocurrir de distintas maneras, siendo la vía sexual la principal forma de transmisión, donde un 42% de los contagios son a relaciones homosexuales y un 33% de los casos se debe a relaciones heterosexuales. Sin embargo, existen diversos tipos de transmisión, otras que se pueden mencionar y que se dan en menor proporción son: por transfusiones sanguíneas y trasplantes, la cuales en la actualidad la frecuencia de estos ha disminuido desmesuradamente debido a los controles por los que pasan estos procedimientos.

El uso de jeringas compartidas, la transmisión materno fetal y la ocupacional, que se encuentra ligada a heridas punzocortantes en trabajadores de salud, son cada vez menores en porcentajes, estas vías de transmisión son responsables de un 0,3% de los contagios.

Cuando ocurre una infección, sucede un período llamado fase de eclipse, el cual puede durar entre 10 a 12 días. Es durante este lapso temporal cuando ninguna de las pruebas logra detectar el virus. Luego se encuentra el periodo de ventana, el cual va desde el momento de la adquisición del virus y la detección del primer anticuerpo, pero dependerá de la sensibilidad de la prueba utilizada para el mismo. (13)

Existe una variedad de pruebas para el diagnóstico del VIH; estas se basan en métodos directos e indirectos. Los directos permiten detectar el VIH o componentes de este, mientras que el indirecto lo que detecta son los anticuerpos que atacan los antígenos específicos del virus. (13)

En la actualidad se utiliza principalmente la prueba de ELISA (Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas), la cual consiste en un inmunoensayo de antígeno-anticuerpo de cuarta generación. Algunos de los antígenos que detectan son el p24 VIH-1 y la IgM/IgG para el VIH tipo 1 y tipo 2. En la actualidad se encuentran disponibles pruebas de detección rápida, de tercera y cuarta generación, las cuales tienen la capacidad de hallar los anticuerpos con resultados en un tiempo estimado de 10 a 20 minutos.

Para poder clasificar el VIH, se determinaron etapas que explican la evolución de la infección, con el fin de poder determinar los objetivos de la vigilancia que se deben cumplir con el paciente. (13)

En la etapa A o inicial, el paciente se puede encontrar asintomático, la infección es de tipo aguda o bien, presenta alguna linfadenopatía, en esta etapa los linfocitos T-CD4 son mayores a 500 céls/mm³. En la etapa 2 o etapa B se encuentran enfermedades que no son definitorias para el SIDA, como candidiasis orofaríngea o vaginal, síndrome diarreico crónico, bajo peso o síndrome febril prolongado; en esta etapa el conteo de los linfocitos T-CD4 se encuentra entre 499 – 200 céls/mm³ y la etapa final o etapa 3 es cuando se detecta el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). (13)

La etapa 3 es la más avanzada y se indican enfermedades definitorias de SIDA, algunas que se encuentran son: criptococosis extrapulmonar, retinitis por citomegalovirus, encefalopatía por VIH, histoplasmosis diseminada, neumonías recurrentes y diferentes tipos de linfomas por mencionar algunos. En esta última categoría, el conteo de linfocitos es de menos de 200 céls/mm³. (13)

La presencia de este virus en el organismo humano implica una serie de compromiso al sistema inmunitario, lo que lleva a infecciones y neoplasias de tipo oportunista y que, si las mismas no se trata adecuadamente, pueden ser mortales, llevando al paciente a la muerte en un periodo variable de tiempo. En América Latina, hasta un 56% de los pacientes se diagnostican en etapa 3 de la enfermedad. (13)

2.2 Historia del VIH

El descubrimiento del VIH, como el agente causal del SIDA, ha sido uno de los grandes descubrimientos en los últimos 20 años. Esto se debe a que al momento en el que se identificó la existencia de la enfermedad, en los años 80, representó un gran reto por el inmenso grado de mortalidad que conllevaba la infección. (4)

Los primeros casos conocidos se detectaron en Nueva York y Los Ángeles. En Estados Unidos, en el año 1981, los casos detectados fueron en personas jóvenes homosexuales previamente sanos, en ellos se evidenciaron infecciones de tipo oportunistas. (4)

De acuerdo con lo descrito por Carrillo & Villegas (4), para el 10 de diciembre de 1981, la editorial NEJM reportó que en esa época se detectaban hasta seis casos nuevos por semana, para un total de 160 casos acumulados para dicha fecha. Al poco tiempo se realizó el descubrimiento de más poblaciones de riesgo, entre ellos se encontraban pacientes con diagnósticos de hemofilia, personas que consumían drogas por vía intravenosas, haitianos y pacientes que recibieron transfusiones, evidenciando la posibilidad que el contagio se diese por vía sexual o sanguíneo. (4)

Fue Luc Montagnier y su grupo de trabajo en el Instituto de París quienes realizaron el descubrimiento del virus, ya que fueron los primeros en hacer el aislamiento del retrovirus que más adelante se conocería como el agente causal del VIH. No obstante, no fue hasta 1982 que Jay Levy y su grupo de la universidad de California, hicieron un informe independiente sobre el aislamiento de un retrovirus en un paciente con SIDA. (4)

Según lo evidenciado en dicha investigación, en el año 1984, se detectó la molécula del CD4 y se reconoció como el receptor del VIH. Esto proporcionó la explicación para conocer la vía de ingreso del virus a la célula, lo que permitió entender la fisiopatología del virus. (4)

Inicialmente, se le brindaron diferentes nombres al agente, algunos incluso únicamente compuestos por siglas, pero fue hasta el año 1986, por una carta escrita por Harold Varmus quien propuso el nombre de virus de inmunodeficiencia humana, el cual se aceptó por la comunidad internacional y ese mismo año se aisló un segundo retrovirus en África Occidental, provenientes de pacientes con SIDA, al cual le llamaron VIH-2, para ser diferenciado. (4)

En el estudio realizado por Rodríguez (1) se determinó la posibilidad de que la primera transmisión por VIH en Costa Rica sucedió a finales de los años 70 o inicio de los años 80. Inicialmente, la epidemia tuvo un patrón de transmisión tipo 1, el cual estaba determinado por ser de tipo temprano y persistente, y se dio principalmente en personas homosexuales y bisexuales (1)

Para agosto de 1991, se empezaron a detectar indicadores de transmisiones con patrones tanto del virus tipo 1, como del tipo 2, lo que reflejó un incremento en el número de personas infectadas. Para esa época ya se incluyen personas heterosexuales y casos de transmisión perinatales, con una tasa del 0.4% en embarazadas. (1)

La epidemia de Costa Rica se concentró en el Gran Área Metropolitana. San José fue la provincia con mayor afectación, concentrando el 65% de los casos y, a su vez, para el año de publicación del artículo mencionado, era el lugar con mayor número de muertes relacionadas con el VIH. (1)

Según Rodríguez (1), el origen del VIH se clasifica en cuatro grupos: M, O, N y K. Donde M se subdivide en 9 subtipos y representa aproximadamente el 90% de los casos de la epidemia. Debido a estos grupos se ha permitido estudiar la evolución del virus. (1)

Se cree que los países en donde inicio la epidemia son los que tienen la mayor cantidad de diversidad de subtipos virales en sus grupos, dentro de estos países se encuentran: África central, Democrática del Congo, Camerún y Gabón. (1)

Para el año 2018, en Costa Rica la situación epidemiológica se consideraba que presentaba una epidemia de tipo concentrada y con baja prevalencia. Presentaba un aumento en la cantidad de casos femeninos y se considera que la vía de transmisión principal es la sexual, y es predominante en poblaciones vulnerables, como en los hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores sexuales. (1)

La ONUSIDA estimó una prevalencia del VIH en 0.3, entre las edades entre los 15 y 49 años, en las que un 33% equivale a mujeres en un rango de la misma edad mencionada anteriormente. En el periodo entre 2002 al 2014 se observó un incremento en el VIH, pero una disminución en el SIDA. (1)

Para el año 2016, el Ministerio de Salud determinó la existencia de 9197 personas con VIH, en las que 7478 eran hombres y 1719 eran mujeres, viendo como el sexo masculino es el más afectado y las provincias con mayor cantidad de personas contagiadas fueron San José, Heredia y Puntarenas. (1)

La presente investigación tiene a España como uno de los principales países en estudio, es por esta razón que su historia con la epidemia es de suma importancia para dicho trabajo.

Según Chamorro (29), España dispone un sistema en el que su vigilancia se basa en la notificación de los casos que se van diagnosticando, el cual cubre a toda la población desde los inicios de la pandemia. A partir del año 1996, la incidencia de casos en la población española comenzó a evidenciar el impacto de los fármacos antirretrovirales, esto se debe al sistema de salud que presenta un acceso al tratamiento de forma universal y gratuita.

Para el año 2003, detectaron que un 38% de los casos diagnosticados, no conocían su seropositividad, por lo que estas personas no se podían beneficiar del seguimiento proporcionado por el sistema de salud, ni ejercer la protección a sus parejas de forma consciente. (29)

Un 58% de los casos se dieron por transmisión heterosexual. El sistema de salud se percató de un factor importante a considerar, y fue que algunas personas tras recibir su diagnóstico positivo se repetían la prueba en varias ocasiones, por lo que hacía que el reporte del caso se brindara de forma repetida, esto exigió que se realizara un sistema de eliminación de duplicados. (29)

En el estudio realizado por Chamorro, se describe que, en los primeros dos años de epidemia en España, la vía de transmisión del VIH se debió a compartir agujas, por aquellos usuarios que utilizaban drogas inyectadas; sin embargo, dicha situación fue cambiando y para el año de publicación del artículo, se detectó que la vía de transmisión para dicha fecha fue la sexual, principalmente la vía heterosexual. (29)

2.3 Panorama Mundial del VIH

El Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA informó, que para el 2022, un total de 39 millones de personas a nivel mundial vivían con VIH. De estos, solo 29,8 millones tenían acceso a la terapia antirretroviral, mientras que 1,3 millones de personas contrajeron el virus. En la misma investigación se describe que 2,2 millones de latinoamericanos viven con el virus, 110 mil personas contrajeron VIH y 27 mil murieron de SIDA. En Chile, se detectó un incremento del 45,7% de casos confirmados en los últimos 10 años. Para el 2023 ONUSIDA determinó que 83 mil personas vivían con VIH y solo 78 mil sabían de su estado serológico y un 74% recibía tratamiento antirretroviral. (16)

Blamey et al. (3) Presenta que, desde el inicio de la epidemia, aproximadamente 40 millones de personas fallecieron debido al SIDA. No obstante, gracias al tratamiento antirretroviral las muertes relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia han decaído en un 52% desde el año 2010 y un 69% desde el año 2004.

“A nivel mundial se ha observado que las infecciones han disminuido un 59% desde su punto máximo en 1996, un 38% desde el 2010 y ya para el 2022 alcanzó la cifra anual de infecciones de las últimas décadas, para un total de 1,3 millones.” (3)

América Latina se ha distanciado de las metas propuestas por la ONUSIDA, esto presentó un alza del 8% desde el 2010. Es importante señalar que en África subsahariana es diferente al resto del mundo, esto porque la prevalencia se da en los grupos claves en un 5% y en población general mayor un 1%, por lo que en esta zona se considera una epidemia generalizada, pero sigue existiendo desafíos importantes en el acceso a la terapia antirretroviral, estas diferencias son destacables entre países de altos ingresos y de medios ingresos. (3)

Es por esta razón, que se encuentran las variaciones de nuevas infecciones, de acuerdo con las distintas regiones mundiales, por lo que en la imagen 1 se observa el panorama mundial y sus variantes, entre los años 2010 y 2022.

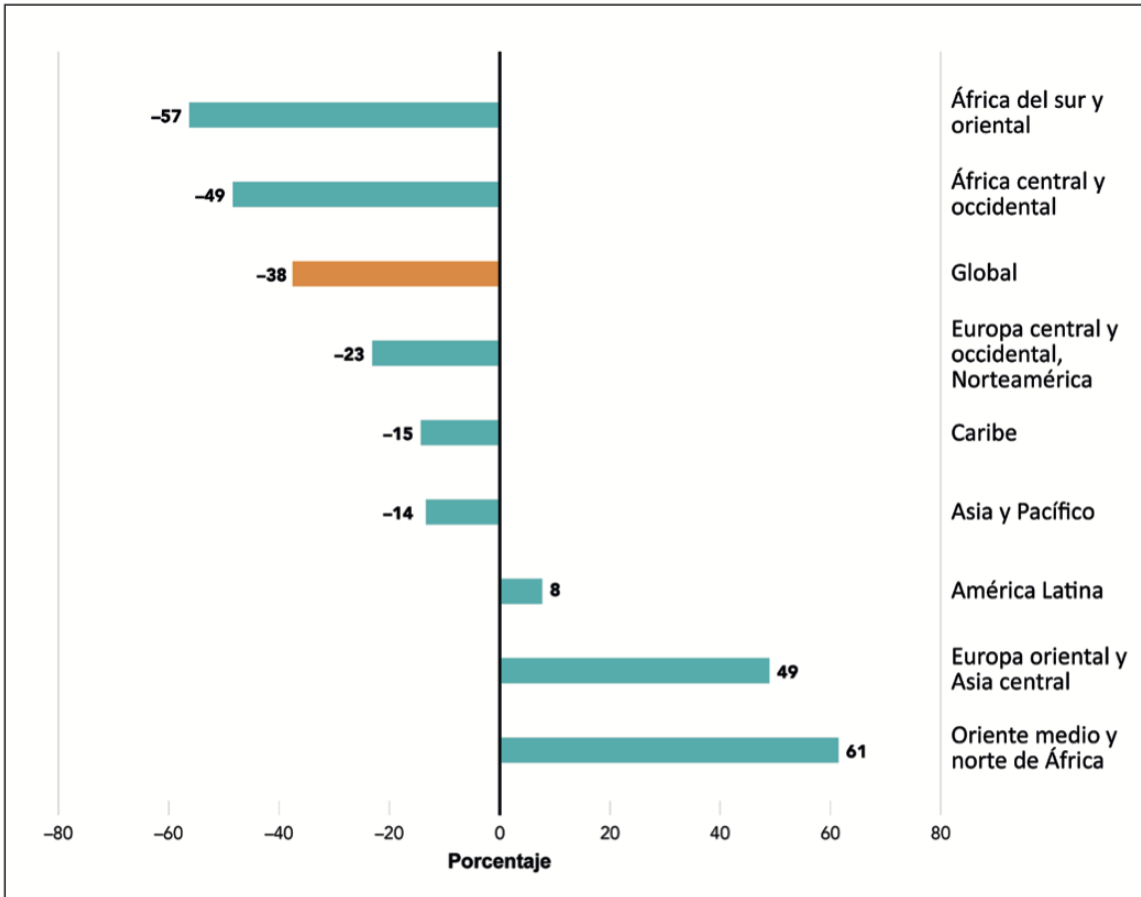


Figura 1. Tomada de Blamey Rodrigo, Sciaraffia Alicia, Piñera Cecilia, Silva Macarena, Araya Ximena, Ceballos M. Elena et al . Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional

A nivel global, las mujeres constituyen un total del 63% de todas las infecciones recientes registradas en el 2022. En América Latina, las personas que tienen sexo con hombres y los transgéneros son los grupos clave con prevalencias de 9,5% y 14,7% respectivamente, por lo que se estima que para el 2021 un 93% de las nuevas infecciones ocurrieron en estas poblaciones y sus parejas sexuales. (3)

Por lo tanto, en las figuras 2 y 3, se observa el comportamiento del VIH en las poblaciones claves en América Latina y su distribución de acuerdo con el tipo de población, en las que se observan grupos en donde se presenta una práctica de riesgo para contraer el virus.

Figura 2. Imagen A. Poblaciones claves en América Latina

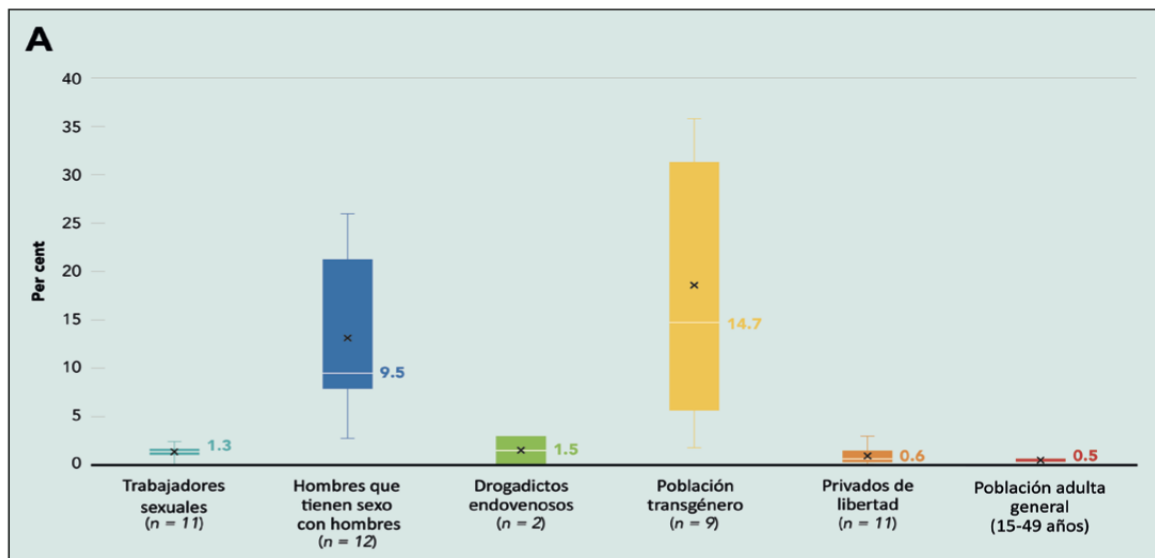


Figura 2. Tomada de Blamey Rodrigo, Sciaraffia Alicia, Piñera Cecilia, Silva Macarena, Araya Ximena, Ceballos M. Elena et al . Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional
 Figura 3. Imagen B. Distribución de infecciones de acuerdo al tipo de población

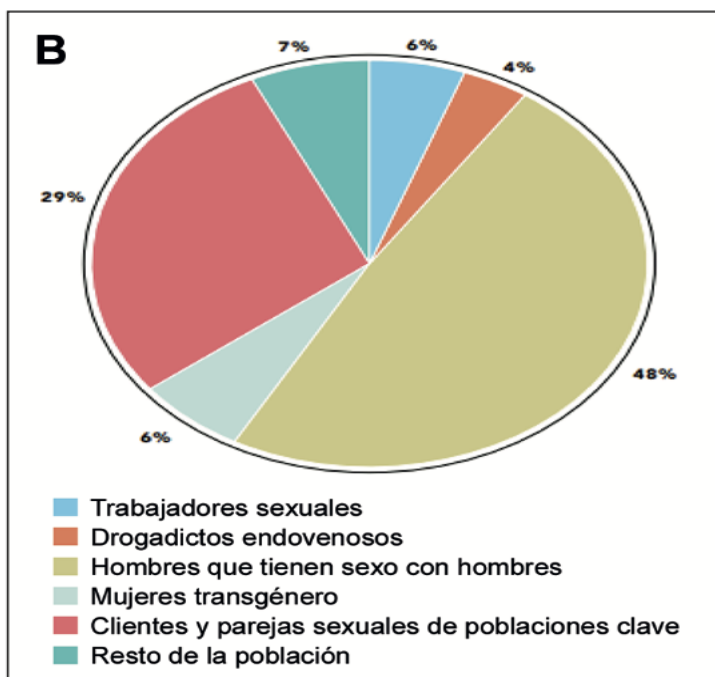


Figura 3. Tomada de Blamey Rodrigo, Sciaraffia Alicia, Piñera Cecilia, Silva Macarena, Araya Ximena, Ceballos M. Elena et al . Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional

“De acuerdo con cifras de la Organización Panamericana de la salud, para finales del 2021, en Latinoamérica y el Caribe, únicamente 22 países reportaron tener disponibles estrategias

preventivas y menos de 60 mil usuarios presentaban acceso a ellas, siendo la mayoría de Brasil” (13)

En cuanto a la población europea, se estima que para el 2021 existe una cantidad de 2,3 millones de personas con VIH, por lo que estas cifras corresponden a 12 diagnósticos nuevos por día, para un total de 100.000 habitantes en Europa. Las infecciones varían según la región Europea, y lidera Europa del este con una cantidad de 78% de diagnósticos, lo que equivale a un 32,4 por 100.000 habitantes. (19)

Los diagnósticos tardíos permanecen como la problemática en la mayoría de las regiones europeas. En el año 2024 de acuerdo a los reportes brindados por el sistema de nuevos diagnósticos del VIH (SINIVIH) el 86% de las infecciones correspondían a hombres, en donde la mediana de edad era de 36 años y se detectó que un 49.8% de los diagnósticos tardíos se encontraron en población femenina y un 30,1% en personas que presentaban la enfermedad ya en estadios más avanzados. (19)

Si bien la transmisión y la epidemiología del VIH se han modificado a lo largo de los años debido a la implementación del tratamiento antirretroviral y la profilaxis pre-exposición, el estigma asociado a esta enfermedad, aún constituye uno de los mayores retos para la salud pública. Dado que afecta de forma negativa la salud de las personas y representa un obstáculo en la implementación de nuevas modalidades preventivas. Esta estigmatización produce estrés, ansiedad, desesperación y, en muchos casos, soledad a los pacientes, lo que tiene como consecuencia una disminución en el cumplimiento del tratamiento, o bien una demora en la búsqueda de atención sanitaria. Por lo que esto influye como cascada en cada uno de los aspectos: prevención, diagnóstico y tratamiento. (2)

2.4 VIH en la población en etapa reproductiva (18 – 45 años)

De acuerdo con diversas investigaciones, se estima que la infección del VIH se propaga principalmente por prácticas sexuales, por lo que esta es considerada la vía de transmisión más importante. En América Latina, la población predominante son las personas homosexuales, bisexuales y, actualmente, existe un incremento en la población heterosexual. La transmisión se produce cuando ocurre un intercambio de líquidos. Se ha evidenciado que el sexo anal sin protección es una de las prácticas que supone mayor riesgo para contraer la infección. (30)

En Costa Rica, la epidemia se concentró en las poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero y trabajadores sexuales, según los datos proporcionados por el Ministerio de Salud, en el año 2019. Para el 2021, la cantidad de casos reportados fue de 14293. (25)

Las acciones preventivas, si bien son dirigidas a población en general, se enfoca principalmente en aquellos que se encuentran en edades reproductivas como jóvenes, adultos y mujeres, así como grupos que se encuentran en especial vulnerabilidad, según lo establecido por la ONUSIDA, los cuales se mencionaron con anterioridad en este apartado, además se incluyen personas que consumen o se inyectan droga, personas migrantes, personas privadas de libertad (15)

En la actualidad se ha reportado una nueva práctica sexual entre la población de personas sexualmente activas conocida como *chemsex*, lo que constituye una preocupación para la salud pública. Esta práctica se basa en la combinación del uso de drogas de forma intencionada en sesiones de sexo de larga duración, esto es más común entre los hombres que tienen sexo con hombres y personas con múltiples parejas sexuales. Esto se ha evidenciado con mayor frecuencia en España (31)

Por otra parte, existe una forma de transmisión materno – infantil, perinatal o vertical. Esta consiste en que una mujer embarazada transmite el virus a su hijo, esto puede suceder durante el embarazo, el parto o bien la lactancia materna. Es por esta razón que estas mujeres deben iniciar su terapia antirretroviral lo más rápido posible. Algunas de las formas para evitar esta transmisión son la realización de la prueba antes de un embarazo, que se evite la lactancia materna y, en caso de ser necesario, la realización de una cesárea. (32)

Se estima que de todas las personas que viven con la infección por el VIH, un total de 1,5 millones son niñas y niños y, si bien esta población no entra dentro del grupo etario descrito en la presente investigación, se estima que a nivel mundial más del 95% contrajeron el virus de forma vertical, de madre – hijo, independientemente de si ocurrió durante la gestación o bien durante la lactancia materna. Lo que contrasta con la vía de los adultos, la cual es sexual. (3)

El acceso de las mujeres embarazadas permitió evitar aproximadamente un total de 3.4 millones de nuevas infecciones. Este acceso incrementó a un 82% para el 2022; sin embargo, en América Latina su aumento disminuyó pasando de un 73% a un 63%. (3)

Los anticonceptivos no cuentan con contraindicaciones en las pacientes con VIH, pero siempre se debe aconsejar el uso de preservativo si no se encuentran con una pareja estable, o si no están en deseo de quedar embarazadas. En el consenso español sobre el manejo del paciente VIH, se le recomienda a estas pacientes tener una prevención ginecológica, planificación familiar, así como tomar las medidas preventivas para evitar una transmisión materno-infantil. (23)

Es importante detectar en consulta a esta población de riesgo, por lo que se debe realizar una anamnesis en la cual se incluya el número de parejas sexuales, el uso de preservativo, uso de drogas durante el sexo, se debe realizar una valoración social, que incluya el entorno familiar del paciente, así como los medios de vida y la realización de pruebas del VIH, en aquellos pacientes que son de alto riesgo a contraer la infección. (23)

La relación que existe entre la infección por VIH y el estigma es algo que se mantiene en constante evolución debido a su complejidad. Además, tiene una interacción con otros determinantes sociales, las mujeres siguen en estado de vulnerabilidad en comparación con los hombres, ya que en algunos contextos culturales tienen un menor poder en sus relaciones sexuales, debido al mito que afirma una inferioridad de estas. (2)

2.5 Tratamiento del VIH

El abordaje de tratamiento de la infección incluye los antirretrovirales, por lo que es recomendado iniciar el tratamiento lo más pronto posible, para mejorar el control de la infección y reducir la transmisión. La recomendación de este tratamiento, de manera universal, se implementó en el año 2016, de acuerdo a lo descrito por De la Mora et al. (19)

Los antirretrovirales actúan sobre alguna de las diferentes fases de replicación del VIH con la finalidad de alcanzar su objetivo de supresión viral. Estas fases son unión, fusión, transcripción inversa, integración, replicación, ensamblaje y brotación; la clasificación de dichos medicamentos va de acuerdo con la fase que ataque y es por esta razón que en la actualidad hay un total de seis diferentes grupos de antirretrovirales. (32)

Gracias a los avances en los tratamientos TAR, la enfermedad se ha catalogado en una de tipo crónica, por lo que ha generado que estas personas lleven una sobrevida similar a la de la población general. No obstante, los predispone a una mayor cantidad de sufrir comorbilidades asociadas con el avance de la edad, por lo que el manejo de las mismas debe ir de la mano con la supresión virológica. (33)

En España se utiliza una guía llamada GeSIDA, los cuales se basan en el uso de comprimidos orales de consumo diario, para el 2022 se implementó en ese país, un nuevo régimen que se basa en el uso de Cabotegravir + rilpivirina de acción prolongada, este es un tratamiento innovador aprobado en Europa, ya que es un inyectable cada dos meses, por lo que se continúa estudiando su valor, de acuerdo con el régimen actual oral. (33)

Algunos de los esquemas recomendados por la GeSIDA en España se seleccionan con base en su efectividad, calidad de vida ofrecida al paciente y su amplio uso: dolutegravir/abacavir/lamivudina, elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir, darunavir/cobicistat + emitricitabina/tenofovir, rilpivirina/emitricitabina/tenofovir, bictegravir/emitricitabina/tenofovir, dolutegravir/rilpivirina y dolutegravir/lamivudina. (33)

Alguno de los efectos adversos que se deben considerar en el caso de lamivudina, emtricitabina, abacavir, son la producción de reacciones alérgicas, alteraciones hepáticas y acidosis láctica. Por otro lado en el caso de tenofovir puede llevar a trastornos renales, así como disminución

de la mineralización ósea. La zidovudina genera efectos secundarios como anemia severa, neutropenia y miopatías. Estos fármacos pertenecen al grupo de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos. (32)

En el caso de fármacos como efavirenz, rilpivirina pueden causar trastornos mentales, alteraciones del ritmo cardíaco, pancreatitis y una respuesta inflamatoria llamada síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (IRIS). Elvitegravir y dolutegravir presentan reacciones alérgicas, cutáneas y trastornos hepáticos dentro de sus principales efectos secundarios. (32)

En el caso de las mujeres embarazadas, es importante iniciar su terapia antirretroviral a la mayor brevedad posible para evitar la transmisión. Para esta población el esquema recomendado son el raltegravir (RAL) y el dolutegravir (DTG) y la zidovudina; sin embargo, se debe tener especial cuidado con el uso de DTG, ya que su uso ha sido controversial en embarazos menores a 6 semanas de gestación, ya que podría generar defectos en el tubo neural. No obstante, los estudios actualizados indican que no se debe restringir su uso. (19)

En este grupo poblacional, el régimen preferido para el tratamiento se debe basar en aquellos que cumplen con cuatro criterios principales, los cuales han demostrado ser eficaz con durabilidad, que no presente teratogenicidad para el producto, por lo que es importante que no hayan presentado efectos adversos en la madre, fetos o recién nacidos, y por último deben ser bien tolerados y tener facilidad para su toma; aun así, hay que prever los factores que puede representar un riesgo para el feto. Algunos de los acaecimientos que se podrían presentar son: parto pretérmino, bajo peso al momento de nacer, pequeño para su edad gestacional, anomalías congénitas, alteraciones en el neurodesarrollo y muerte prenatal. (32)

Gómez-Mercado et al. (14) estudió la adherencia de tratamiento en una población de estudio, la cual fue con los registros de pacientes con diagnósticos de seroconversión entre los años 2007 y 2020, los cuales se evaluaron de acuerdo con los resultados del último registro de medición de la terapia antirretroviral. El trabajo de investigación no solo tomó en cuenta la medición del VIH, dosis, tiempo de tratamiento y demás, sino que también tomó en cuenta la polimedicación, edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado socioeconómico y preferencia sexual. (14)

La terapia antirretroviral ha sido una estrategia de gran actividad para la salud pública; sin embargo, se debe tener una buena adherencia al tratamiento para lograr llegar a la supresión vírica, incluso existen expertos que mencionan que para que esto sea posible, se necesita que el paciente presente una adherencia del 90% (14)

Se evidenció que algunas de las variables a la adherencia del tratamiento, como efectos adversos, es la toma de varios fármacos al día, ya que esto hace que se pueda generar el fenómeno del cansancio de las pastillas y terminen abandonado el tratamiento, debido a que la terapia muchas veces está formada por varios comprimidos. (14)

Lo identificado por Gómez-mercado et al. (14), es que el ser homosexual, bisexual, tener un buen estrato socioeconómico y tener 45 años o más, son factores que aumentan la probabilidad de tener una buena adherencia al tratamiento. Por el contrario, las reacciones adversas, antecedentes de problemas con uso de fármacos y una disminución en la tasa de reclamación de fármacos, reducen la adherencia. (14)

En el caso de las profilaxis pre-exposición (PrEP), han presentado una alta eficacia, por lo que en el caso de personas que no se adhieren de forma adecuada a este tratamiento, suele demorar el diagnóstico del VIH, ya que se retrasan las fases de seroconversión. (19) Esta estrategia de prevención se basa en el uso de medicamentos por 28 días consecutivos, esta es para personas que no presentan infección por VIH, con algún comportamiento de riesgo que los predispone a la seroconversión. Esta política de prevención fue aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUSIDA desde el año 2010. (12)

En el caso de Costa Rica, el lineamiento de tratamiento PrEP recomendado en el país es de tenofovir disoproxil 300 mg y emtricitabina 200 mg en una sola tableta. Este esquema se puede administrar de dos formas, ya sea de forma diaria, en la que se toma una pastilla o bien por demanda, o en la que se toman dos pastillas de 2 a 24 horas antes de la relación sexual, seguidas por dos dosis a las 24 a 48 horas después de la primera toma de fármacos. (34) Este mismo esquema fue aprobado por el sistema Nacional de Salud en el año 2019, pero esta estrategia debe ir acompañada de otras medidas de prevención para la eventual erradicación del VIH. (35)

2.6 Seguimiento Clínico de pacientes con VIH

La infección del VIH se encuentra influenciada por muchos determinantes sociales, es por esta razón que las medidas adoptadas representan un reto. Dentro de estos destaca el estigma, ya que puede llevar a que una persona incumpla con su tratamiento o no se pueda realizar un adecuado seguimiento a su patología. (2)

Una vez establecido el diagnóstico cada centro de salud establece como realiza su debido seguimiento a cada uno de los pacientes, tanto a nivel público como privado, con el fin de esclarecer un protocolo en el que se detalle cuáles fueron las estrategias desarrolladas en cada cita, así como los instrumentos necesarios, en el caso de Costa Rica deben estar aprobados por el Ministerio de Salud. (34)

En Costa Rica existe un mecanismo de vigilancia que se detallará en este trabajo de investigación, las citas de control se realizan de forma trimestral. En el caso del VIH se clasifica en grupo conocido como Grupo D, al momento de realizar la notificación al Ministerio de Salud, las infecciones por VIH llegan con esa clasificación. Se establece la notificación bajo la boleta VE-01, una vez que se haya establecido el diagnóstico por medio de laboratorio, en la cual se debe diferenciar entre infección y enfermedad según corresponda y se reporta como caso nuevo una única vez. (25)

En el caso de España, una vez confirmado el diagnóstico se reporta al Registro de SIDA de la Comunidad Autónoma, según lo establecido en el artículo 34, se toman los datos de cada persona, con el fin de garantizar una adecuada vigilancia de la infección por VIH de los pacientes. (36)

En cada consulta médica se debe valorar la medición de la adherencia al tratamiento, por lo que se realizan conteos de CD4+ y se manejan las comorbilidades asociadas al paciente. Se debe valorar si el régimen de tratamiento está siendo efectivo o bien si se debe realizar un cambio en la terapia. (23)

El seguimiento tanto clínico como analítico de los pacientes con VIH, se deben seguir de acuerdo a pautas internacionales, los cuales dictan que se debe realizar una valoración de todas las terapias que se encuentre recibiendo el paciente al momento del diagnóstico, así como el estado de sus comorbilidades respectivas. La importancia de esta revisión recae en definir las posibles interacciones con el tratamiento antirretroviral, conocer posibles reacciones adversas que pueda presentar el paciente, así como reconocer y fomentar la adherencia al tratamiento, para evitar un riesgo virológico, la aparición de resistencia o la posibilidad de muerte. (13)

Es importante que los exámenes adicionales que se soliciten y la frecuencia con la que se realicen sean considerados de acuerdo con los resultados de los exámenes generales. En los pacientes que reciben tratamiento tenofovir, es importante realizar control de creatinina, fósforo y exámenes de orina con una periodicidad de 6 meses. En el caso de pacientes con uso de efavirenz o rilpivirina se realizan estudios metabólicos, estudios de toxicidad hepática y realizar control del perfil lipídico de manera ideal cada 6 meses. (13)

Los pacientes que presenten en su esquema de tratamiento con atazanavir o darunavir, se deben realizar exámenes de control de glicemia y de perfil lipídico con un periodo de 6 meses. Además, en todos los usuarios de terapia antirretrovirales es importante prestar una mayor atención a los datos de bilirrubinemia indirecta y en la creatinina, ya que presentan riesgos de glucoronidación y de cristales en orina debido a los metabolitos, sobre todo en pacientes con tenofovir. (13)

Los pacientes que dentro de sus comorbilidades incluyan una afección que requieran uso de estatinas, es importante evitar el uso de raltegravir, ya que presenta riesgo de hacer interacción medicamentosa y generar una rabdomiólisis. A nivel general, cada control clínico va a depender de diversos factores que dependerá del médico tomar en consideración en cada visita que se realice. El objetivo del tratamiento es mantener al paciente con una carga viral indetectable, es decir, por debajo de 20 o 50 copias ARN/mL, pues esto mejorará visiblemente el pronóstico del mismo y evitará la transmisión del virus a terceros. El primer conteo de CD4+ y de carga viral debe realizarse a los 2 meses del diagnóstico, posteriormente a los 3 meses y finalizar en un espacio de cada 6 meses. (13)

El tratamiento antirretroviral prescrito se escoge de acuerdo a su eficacia, toxicidad y resistencia, siendo las terapias triples las preferidas para iniciar con ellas, si el paciente las tolera bien no se realizan cambios, o bien se pueden realizar cambios de alguno de los fármacos incluidos en la terapia triple. Por otro lado, de no ser así, se podría pasar a una terapia doble; sin embargo, no se recomienda en pacientes con cifras de CD4+ menores a 200 ul, ni en pacientes con infección por Hepatitis B, es por esta razón la importancia de realizar un adecuado seguimiento a estos pacientes, la respuesta a la farmacoterapia y sus comorbilidades. (37)

En el caso de la valoración del riesgo cardiovascular, se debe instruir al paciente de realizar cambios en el estilo de vida, en caso de tener factores de riesgo como el tabaquismo (el cual se considera uno de los principales factores y que puede ser modificable), así como verificar la presencia de diabetes mellitus, hipertensión o dislipidemia teniendo en cuenta las interacciones que puede haber entre algunas estatinas y ARV, su manejo debe de seguir con el mismo esquema de la población general. Además, es importante que la hemoglobina glicosilada se solicite antes del inicio de administrar el tratamiento antirretroviral. (23)

Los pacientes que usen el tratamiento de profilaxis, se deben realizar con regularidad la prueba de VIH para detectar la seroconversión, realización de prueba de creatinina, así como pruebas para detectar otras enfermedades de transmisión sexual. Se abordan los posibles efectos secundarios que se puedan presentar, se evalúa de igual manera la adherencia al tratamiento, se identifican cuáles son los factores determinantes que son necesarios de reforzar en el tratamiento, así como la programación de sus citas de forma trimestral. (34)

Es importante que en el seguimiento se valore no solo la salud física, sino también la emocional, debido a lo que previamente se ha descrito en este trabajo investigativo. La valoración emocional debe construir una de las estrategias para afrontar la enfermedad, se puede realizar la evaluación de escalas de ansiedad y depresión, con una recomendación de hacerlo de manera anual. Si en la consulta se identifican síntomas de tipo depresivos, se debe evaluar el riesgo de suicidio y en dado caso de haberlo, ser referida con el especialista en psiquiatría para que pueda ser debidamente atendida. (23)

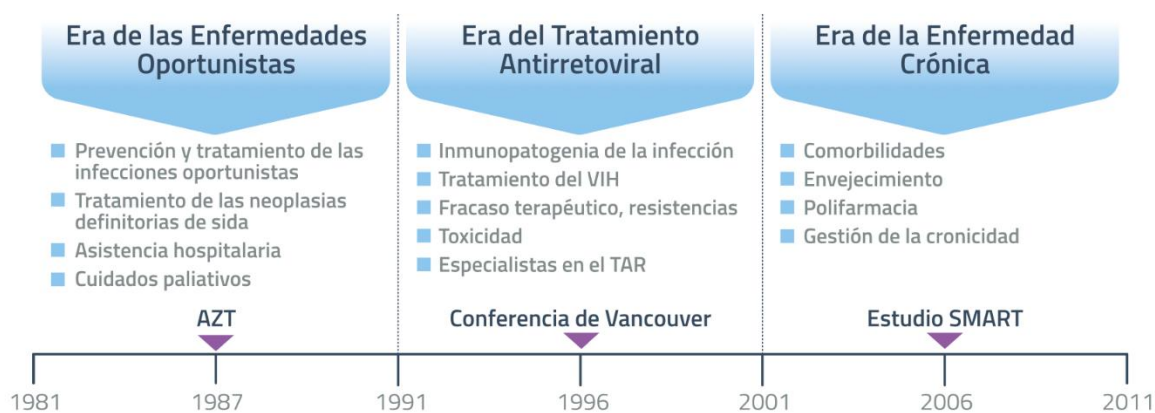
2.7 Modelos de atención en Salud

Los modelos de atención se centran en optimizar la atención clínica del paciente, es por esta razón que son de tipo organizativos, los cuales han demostrado ser eficaces en la gestión de otras patologías crónicas. Estos se destacan por tener un enfoque multidimensional, en el cual participan profesionales de salud de distintas áreas. (7)

El uso de estos modelos asistenciales ha puesto en evidencia que la gestión de las enfermedades crónicas, como se ha vuelto la patología del VIH, no solo se debe basar en la realización de los diagnósticos y los tratamientos, sino que también debe contar con buena organización y gestión de la asistencia brindada. De acuerdo con Rojo et al, un análisis a The Health Foundation determinó que estas intervenciones generan un gran beneficio para los pacientes, ya que les brinda una mejor calidad y eficacia del sistema sanitario. (7)

Al inicio de la epidemia, tanto la atención hospitalaria como los cuidados paliativos fueron los predominantes, luego con los ARV se brindó un tratamiento efectivo en estos pacientes. Es por esta razón que se logró la cronificación de la infección por el VIH, pero debido al envejecimiento de estos pacientes, sumando las comorbilidades y la polifarmacia, es que se ha visto la necesidad de actualizarlos. (7)

A través del tiempo, se identificaron 3 épocas, en las que los problemas presentados con el VIH variaban, estos se mostraron en la figura 4.



Fuente: SI-Health. Adaptación Chu, C. (2011).

Figura 4: Tomado de Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH. (2019)

El modelo que más se ha estudiado es el de “Chronic Care Model” (CCM), en este modelo se presentan tres objetivos principales, donde el primero consiste en el área de la comunidad, sus políticas y recursos, tanto públicos como privados; el segundo consiste en el sistema de salud con sus respectivas organizaciones y esquemas de aseguramiento; por último, se presenta la interacción con el paciente en la práctica clínica. (7)

“El CCM identifica 6 elementos esenciales interdependientes que deben interactuar eficaz y eficientemente para alcanzar un cuidado óptimo de los pacientes con enfermedades crónicas: recursos y políticas comunitarias, organización de la atención sanitaria, apoyo al autocuidado, el diseño del modelo de cuidados, el apoyo para la toma de decisiones y sistemas de información clínica” (7)

El modelo de atención crónico está empleado para adoptar las recomendaciones clínicas brindadas, las cuales se fundamentan en la evidencia científica, el mejoramiento del trabajo en equipo y la capacitación tanto de los pacientes como de sus cuidadores para tener un mejor control de la enfermedad. En la Figura 2 se observan los componentes esenciales del modelo crónico, los mismos que facilitan que se realicen intervenciones con mayor facilidad y brinden prestaciones de calidad. (7)

En la Figura 5, se muestra la organización del CCM



Fuente: The MacColl Institute (1998).

Figura 5: Tomado de Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH. (2019)

En Estados Unidos se realizó un estudio en el cual incorporó un plan piloto con algunas de las partes el modelo crónico, con la finalidad de incrementar los diagnósticos por VIH, evidenciando que en los centros de salud que se incorporó el CCM hubo un incremento en la proporción de los pacientes en riesgo, debido a que la prueba diagnóstica del VIH era de 3 a 5 veces mayor que en los centros control, demostrando la utilidad del CCM en una identificación efectiva de los casos. (7)

En la Figura 6, se presentan cuáles son algunos de los elementos importantes para brindar una atención eficaz a los pacientes con enfermedad por VIH.

	1 Identificación y captación	2 Diagnóstico	3 Gestión y cuidados clínicos	4 Seguimiento
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Detección precoz de casos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confirmación diagnóstica y evaluación inicial 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lograr supresión viral y recuperar la función inmunológica 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Controlar la evolución del paciente
Oferta de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identificación de pacientes con sospecha de infección. ■ Realización de test. ■ Seguimiento periódico de citas para poblaciones a riesgo. ■ Valorar PPE y PrEP. ■ Asegurar derivación al SS para confirmación del diagnóstico. ■ Educación sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Test confirmación del diagnóstico. ■ Registro casos vigilancia epidemiológica. ■ Evaluación clínica inicial: anamnesis, examen físico, hábitos tóxicos y sexuales, antecedentes ITS, comorbilidades, evaluación farmacológica, estudio contactos, etc. ■ Evaluación de laboratorio: hemograma, bioquímica general, carga viral, linfocitos CD4 / CD8, estudio genotípico, serologías VHC, VHB, otras ITS etc. ■ Vacunaciones preventivas. ■ Valorar derivaciones a ginecología, pediatría y otros especialistas. ■ Educación sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lograr supresión viral y recuperar la función inmunológica ■ Prescribir tratamientos: TAR, efectos adversos TAR, infecciones oportunistas, comorbilidades, co-infecciones y otras ITS. ■ Prevención y profilaxis de infecciones oportunistas, comorbilidades, co-infecciones y otras ITS a través de inmunizaciones y otras terapias. ■ Valorar derivaciones a otros servicios o especialistas: Ingresos hospitalarios, cuidados de hospital de día, unidades de reproducción, unidades atención drogodependencias, apoyo psicológico, nutricionista, trabajo social etc. ■ Educación sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Controlar la evolución del paciente ■ Monitorización y seguimiento de la respuesta al TAR: carga viral y nivel CD4, efectos adversos, toxicidad, intolerancia, adherencia, resistencias, etc. ■ Monitorización y seguimiento de infecciones oportunistas, comorbilidades, co-infecciones. ■ Planificar revisiones de monitorización del tratamiento. ■ Educación sanitaria.

Figura 6: Tomado de Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH. (2019)

2.8 Determinantes sociales de la salud en pacientes con VIH

Uno de los mayores desafíos que se han presentado en la salud pública mundial, es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana, no solo por el impacto clínico y epidemiológico que conlleva, sino por las implicaciones sociales profundas que lo acompañan. Dentro del abordaje del VIH es importante considerar los determinantes sociales que presenta la enfermedad. (2)

Estos determinantes son las condiciones con las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, por lo que influyen de forma decisiva en la distribución de riesgos, exposición a la infección y acceso a recursos sanitarios y sociales. (2)

Uno de los factores sociales más influyentes en la vida de las personas que viven con esta enfermedad y uno de las más persistentes a lo largo de los años, es el estigma asociado al VIH. Desde el inicio de la epidemia, esta patología se asoció con conductas que eran consideradas “desviadas” de la moral tradicional, por lo que los discursos mediáticos de la época iban dirigidos hacia la homosexualidad, el consumo de drogas, el trabajo sexual, etcétera. Esto ocasionó una narrativa de culpabilidad que persiste aún en la actualidad. (2)

En España, de acuerdo con estudios realizados por la Sociedad Interdisciplinaria del SIDA, se ha determinado que, en la última década, las personas que viven con esta infección han experimentado una cantidad considerable de actitudes discriminatorias hacia su persona.(2)

Para el 2012, un 29% de la población española afirmó que evitaría el contacto con aquellas personas que fueran seropositivas, inclusive en situaciones cotidianas, e incluso un 13% apoyaba la segregación de esta población, bajo el argumento de una mejoría para la salud pública. Todas estas actitudes son las que representan una consecuencia directa a la prevención, la realización de un diagnóstico precoz, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. (2)

El estigma puede generar dificultades en diferentes niveles: estructural, como en leyes, instituciones y políticas; a nivel público en actitudes y comportamientos sociales, también pueden suceder por asociación, como discriminación familiar y de allegados, así como generar problemas de interiorizar el rechazo. En cada uno de estos niveles que afectan la vida de las personas, genera limitaciones en su empoderamiento y perpetúa inequidades en la salud. (2)

En lo que respecta a la relación de género y el VIH, es mucho más compleja. A nivel mundial, en muchos contextos, las mujeres pueden enfrentar barreras para llevar prácticas sexuales seguras debido a estructuras patriarcales, desigualdad de acceso a recursos económicos, educativos y por la existencia de mitos culturales que pueden reforzar la subordinación que viven. El conjunto de estas condiciones incrementan la vulnerabilidad de contraer la infección. (2)

Otro de los factores que pueden incrementar la exposición al VIH son la homofobia y la transfobia hacia los hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Un estudio europeo reportó que aquellos que viven en países con actitudes homofóbicas fuertes, reportaban una mayor prevalencia de tener conductas sexuales riesgosas. (2)

La marginación social que existente, no solo puede elevar el riesgo de transmisión del virus, sino que esto puede llevar a dificultades en el acceso a los servicios sociales, para tener una salud sexual adecuada y programas de prevención. (2)

Algunos factores determinantes, como transversales en la epidemiología del VIH, son la migración y la pobreza. En España, el 40% de los diagnósticos realizados en el año 2021, correspondían a personas migrantes, especialmente quienes habían llegado de América Latina. (19)

Estas personas son colectivos, que suelen presentar situaciones de precariedad laboral, así como una inadecuada cobertura sanitaria, además del temor a la deportación hacia sus respectivos países, por lo que contribuyen a que tengan una detección tardía de su enfermedad y problemas en la continuidad de su tratamiento. (19)

En países que tienen ingresos medios y bajos, las barreras económicas, de seguro médico y lingüísticas pueden verse intensificadas, por lo que pueden presentar inequidad en la disponibilidad de tratamiento y en la universalidad de programas de TAR. Por lo que la implementación de estrategias de cooperación internacional y de políticas públicas permite asegurar la cobertura universal siendo esta fundamental para reducir las brechas. (21)

La exclusión social y la pobreza generan dificultad en el acceso a la vivienda, empleo estable y redes de apoyo; por lo que la inestabilidad económica genera vulnerabilidad y aumenta la probabilidad de transmisión en comunidades marginales. Además, todos estos elementos son cruciales para garantizar una adherencia al tratamiento antirretroviral. (19)

El retraso en la detección de casos y diagnósticos tardíos puede estar condicionado a múltiples determinantes sociales como el estigma, la falta de información, un bajo nivel educativo y dificultades en el acceso de los servicios, por lo que esto continúa como uno de los principales problemas en la actualidad para la realización de diagnósticos. (19)

En España, para el año 2021, el 49,8% de los diagnósticos nuevos se realizaron tardíamente, en donde algunos de estos pacientes se encontraban en estadios avanzados de la enfermedad. Con mayor frecuencia, estos fueron en personas heterosexuales, siendo esto uno de los grupos con menor percepción de riesgo. (19)

Aun con los avances en el tratamiento antirretroviral, las personas diagnosticadas con VIH presentan una esperanza de vida cercana a la de la población en general; sin embargo, los determinantes sociales que presentan continúan modulando la calidad de vida. La pobreza, el desempleo, la soledad y la discriminación llevan a un impacto negativo en la salud mental de las personas infectadas, causando depresión, ansiedad y aislamiento social. (2)

Las personas con VIH tienen una mayor prevalencia de padecer de trastornos de salud mental e incluso trastornos por uso de sustancias que influyen de manera directa con la terapia farmacológica y el seguimiento médico, es por estas razones que la integración de intervenciones psicosociales y de programas educativos resultan esenciales para favorecer el autocuidado y la continuidad del tratamiento. (21)

La alfabetización es un factor de suma importancia social, ya que desarrolla la capacidad de comprender y de utilizar información sanitaria, esto puede ser decisivo en la gestión del VIH. Una baja alfabetización puede generar dificultades en la comprensión de los esquemas de tratamiento, en que se haga una interpretación adecuada de las instrucciones que brinde el médico, así como de la navegación dentro del sistema de salud. (21)

A su vez, la alfabetización puede repercutir en atrasar la búsqueda de atención, así como deficiencias en la adherencia terapéutica, por lo que se deben establecer estrategias que se centren en una comunicación clara, el uso de recursos visuales, así como la incorporación de modelos de atención participativos, siendo las mismas herramientas que favorecen una mejor comprensión y brindando empoderamiento al paciente. (21)

En cuanto al envejecimiento de la población con VIH representa un nuevo reto social, ya que estas personas han llevado procesos biológicos de tipo inflamatorios crónicos, inmunodepresión, así como procesos sociales como acceso desigual a cuidados y estigma persistente, lo que hace que estas personas experimenten fragilidad y morbimortalidad a edades más tempranas en comparación con la población no infectada. (19)

El cuidado integral del VIH exige una respuesta multidisciplinaria y colaborativa, es por ellos que médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y demás profesiones de la salud, realicen un trabajo en conjunto, donde se promueva mejores resultados incentivando no solo la cantidad de intervenciones realizadas, sino también la calidad de las mismas. (21)

Los determinantes sociales de la salud en las personas con VIH, son múltiples y complejos, estos incluyen el estigma, la salud mental, inequidades en acceso al sistema sanitario, alfabetización, migración y los modelos de atención. Todos estos factores no actúan de manera aislada, sino que se interrelacionan entre sí, para llevar al éxito terapéutico. Es por esta razón que el abordaje del VIH requiere estrategias que combinen políticas sociales y de salud pública para garantizar la equidad, inclusión y respeto de los derechos humanos. (21)

2.9 Estigma y discriminación en la atención sanitaria

En el sistema sanitario también existen barreras como el estigma y la discriminación, por lo que las dinámicas interpersonales y las fallas operativas de sistema de salud en estos factores, presentan consecuencias directas sobre la realización de un diagnóstico oportuno, la adherencia terapéutica y los resultados clínicos que se puedan obtener. (11)

Según el estudio realizado por Troche et al, algunas de las manifestaciones y estigma que se presenta por parte del personal de salud, son situaciones como uso excesivo y marcado de medidas de bioseguridad, negarse a brindar la atención, omitir el examen físico con la finalidad de evitar el contacto físico, prohibir el ingreso de cuidadores a la consulta, así como trato verbal inapropiado. (11)

De acuerdo con lo descrito en este estudio, un 55,5% de los pacientes que fueron entrevistados, expresaron haberse sentido discriminados por parte del personal de salud. Estas prácticas por parte de los profesionales en salud producen no solo daños a nivel emocional, sino que a nivel práctico, lleva a que los pacientes oculten su diagnóstico en futuras consultas, dificultando una educación continua y dificultando la detección de problemas asociados a la enfermedad, así como la adherencia al tratamiento. (11)

Los comportamientos discriminatorios llevan a un desligamiento de la relación médico-paciente, pérdida en la confianza en los servicios de salud y con ello tener efectos directos sobre el autocuidado que tiene el paciente. Lo reportado por Troche et al, es que la gran parte de los pacientes reportaron tratos indebidos, abuso de poder e inoportunidad, solo un 22,2% de ellos recurrió a reportes formales para reclamar su derecho a la salud. (11)

Algunos de los determinantes para la estigmatización, se encuentran relacionados con factores individuales y profesionales, como falta de formación continua en la patología del VIH, mitos o creencias erróneas que son transmitidas desde el diagnóstico, así como actitudes profesionales que son propensas a ser reproducidas en las futuras prácticas. (11)

Uno de los principales hallazgos fue la diferencia entre los servicios especializados y los no especializados, en donde las instituciones que tienen programas establecidos para pacientes con VIH, con capacitación continua del personal y equipos multidisciplinario brindaron una atención más empática, con mayor confidencialidad y apoyo, en contraste con aquellos servicios generales que tenían una mayor tasa de réplica de actitudes estigmatizantes. (11)

Por lo que esto determina que la formación específica, la experiencia clínica y los protocolos institucionales son factores protectores frente a la estigmatización y discriminación en la atención de los pacientes infectados con VIH. (11)

Algunas de las recomendaciones brindadas por Troche et al., para disminuir estas situaciones en las áreas de salud, se basan en medidas operativas y estructurales como capacitación continua y obligatoria, integración del primer nivel y ampliar la cobertura de servicios, crear protocolos institucionales explícitos contra la discriminación. (11)

Es importante que se permita la inclusión de los familiares y cuidadores de los pacientes, para promover la participación informada de cuidadores en la educación sobre la enfermedad, así como su participación en las consultas con previo consentimiento de los pacientes. (11)

El estigma y la discriminación que se da en los servicios sanitarios, son un obstáculo multifactorial, ya que afecta a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, por lo que son de suma importancia las intervenciones educativas, reorganización en servicios, protección de la confidencialidad y el establecimiento de medidas administrativas dirigidas a la eliminación de prácticas discriminatorias. (11)

2.10 Marco legal y políticas internacionales para la atención del VIH

El VIH ha evolucionado de forma paralela con los cambios sociales, sanitarios y legales que se han registrado en las últimas décadas. En la actualidad, los enfoques de los sistemas de salud han optado por atención basada en el valor, en la experiencia del paciente y la calidad de vida de estos. Es por esto que las políticas han impulsado modelos de atención integrales, multidisciplinarios y centrados en el paciente. (22)

Las políticas internacionales han jugado un papel decisivo en los estándares relacionados con la atención del VIH. La Organización Mundial de la Salud y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico han señalado que cerca del 30% de los recursos en salud se desperdician en procesos fragmentados, tratamientos innecesarios o bien en barreras administrativas. (22)

Como respuesta a estas situaciones, se promueve la asistencia basada en el valor. Esta propuesta busca es priorizar resultados que son medibles en salud y la experiencia del paciente por encima de la cantidad de intervenciones realizadas. (22)

Estas mediciones permiten resaltar dos hechos fundamentales, que son las tomas de decisiones a realizar se basen en los resultados de valor y que, así mismo, cuente con la participación del paciente en ella, permitiendo que la intervención tenga una mayor efectividad y sea cercana a la percepción de una buena calidad de vida. (22)

El sistema de salud en España ha sido uno de los pioneros en implementar este tipo de enfoque, donde presentan iniciativas como la estrategia de valor de Osakidetza, servicio de salud del País Vasco que fue lanzada en el año 2023 o el proyecto de H2O, que fue impulsado por el hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona, sin embargo, lo que ha permitido que este sistema se vuelva una realidad, es la respuesta ante el VIH. (22)

Para el año 2017 se iniciaron las iniciativas como el proyecto National Policy, el cual ha sido promovido por GeSIDA y SEISIDA, los cuales han buscado diseñar un modelo óptimo de atención al VIH, el cual se sustenta en la personalización de cuidados, calidad de vida e integración de los determinantes sociales de la salud. (22)

Este proyecto ha contado con participación de administraciones públicas, de sociedades científicas, así como de entidades comunitarias, lo cual consolida un marco colaborativo que trasciende el ámbito clínico. (22)

De acuerdo con *National Policy* y las entidades comunitarias de respuesta, definen el abordaje de este modelo como uno que facilite la gestión integral de los cuidados, individualice la atención, facilite la participación del paciente en las diferentes tomas de decisiones, así como que permita el acceso amigable y sencillo, generando satisfacción con el tratamiento y su innovación. (22)

Se diseñó un sistema de estratificación de perfiles, en donde se identifican siete tipos de pacientes con VIH, los cuales representan diferentes variables clínicas, psicosociales y de comorbilidad. Este modelo facilita la atención, la coordinación entre profesionales y la activación de mecanismos de derivación hacia recursos comunitarios, por lo que reconoce el rol del paciente como un agente activo en su cuidado. (22)

A continuación se presenta el sistema de estratificación de pacientes con VIH del National Policy.



Figura 7. Tomado de Pérez J, Ryan P. Personalizando el cuidado hacia una óptima calidad de VIHda. Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. 2024; 12(32).

El desarrollo de herramientas de salud digital constituye otro eje en el marco legal y político contemporáneo, esto porque en la actualidad existen experiencias como la telemedicina y telefarmacia, las cuales son plataformas de acompañamiento digital, que permiten ampliar el acceso y optimizar la adherencia al tratamiento. Estas políticas se encuentran alineadas con la visión internacional de integrar la salud digital al cuidado de los pacientes. (22)

Los resultados reportados por los pacientes son los instrumentos que se han convertido en clave para medir la calidad de vida de estos y guiar en la toma de decisiones. De ahí que esta incorporación implique cambios culturales en los sistemas de salud, ya que se pasa de un modelo paternalista a uno participativo, en que la percepción, la experiencia del paciente tienen un valor legal y clínico en el proceso de asistencia. (22)

A pesar de los avances alcanzados en las últimas décadas, aún persisten desafíos comunes en el marco legal a nivel internacional.

Entre ellos se pueden encontrar situaciones como garantizar la sostenibilidad de las innovaciones y su acceso universal, asegurar la participación efectiva de las personas con la infección por VIH más allá de la atención clínica individual, incorporar la salud digital como parte obligatoria de los estándares, así como abordar el estigma y los factores psicosociales. (22)

Las políticas internacionales están encabezadas por la OMS y ONUSIDA, que son las organizaciones que han impulsado un enfoque global orientado hacia la calidad de vida y la supresión del estigma. España se ha consolidado como un referente en la implementación de modelos centrados en la persona, basados en la evidencia y que presentan un fuerte liderazgo comunitario. (22)

La consolidación de estos modelos dependerá de la capacidad de los sistemas de salud para garantizar la sostenibilidad, la universalidad y la integración real de las personas que viven con VIH en los procesos de toma de decisiones, a través de un enfoque integral, intersectorial y respetuoso de los derechos humanos, permitiendo avanzar hacia el control de la epidemia de forma definitiva. (22)

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque metodológico

El marco metodológico es definido por Rivas (2022) como “el escrito donde se argumentan métodos, procedimientos, así como las limitaciones para la recopilación de datos con relación a un tema o problema específico”, por lo que permite abordar la atención sobre la infección del VIH desde el área epidemiológica. La presente tesis es de tipo cualitativa, ya que sustenta el tema con base en evidencia previa por medio de artículos científicos

3.2. Tipo de investigación

La presente tesis se basa en una investigación de revisión bibliográfica de tipo observacional, descriptiva y comparativa, esto se debe a que la información recolectada es analizada de diversas investigaciones ya realizadas, además que tienen concordancia con el tema expuesto en la presente investigación, esto con la finalidad de establecer recomendaciones desde una perspectiva científica y clínica.

Este estudio se considera de revisión bibliográfica, ya que los artículos científicos que han sido recopilados se relacionan con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento que se les debe brindar a los pacientes con infección por VIH. Los mismos analizan e interpretan los resultados obtenidos, tanto a nivel nacional como internacional.

Se considera una investigación descriptiva, ya que los datos recolectados corresponden a todo aquello relacionado con el manejo, diagnóstico, tratamiento y seguimiento proporcionados a las personas que viven con VIH.

3.3. Fuentes de información

Se analizaron fuentes de información primarias, los cuales consisten en la revisión de artículos científicos, en los cuales se analiza el manejo de la atención en los pacientes con diagnóstico por infección de VIH.

Además, se analizaron fuentes de información secundarias, en estas se tomaron en cuenta los informes de organismos internacionales y nacionales, principalmente de países como España y Costa Rica.

3.2 Criterios de búsqueda

En el siguiente apartado se incluyen los criterios que se utilizaron para la búsqueda realizada, así como los objetivos de las investigaciones, periodos de estudio analizado y el idioma en el que se encontraron.

Tabla 1. Criterios de búsqueda

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
<p>Describir los elementos clave de los modelos de atención a pacientes con VIH positivo en edad reproductiva en Costa Rica y España, recopilando información sobre sus enfoques en diagnóstico, tratamiento y seguimiento.</p>	<p>“Guía de atención pacientes con VIH” “VIH y su manejo” “Tratamiento del VIH”</p>	<p>Pubmed, Scielo Elsevier Google academic</p>	<p>2020-2025</p>	<p>Español/Inglés</p>

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
Comparar las diferencias y similitudes entre los modelos de atención de Costa Rica y España, analizando sus estrategias de tratamiento, acceso a medicamentos y políticas de salud.	<p>“Estrategias contra VIH“</p> <p>“Estrategias VIH Costa Rica”</p> <p>“Estrategias VIH España”</p>	<p>Pubmed,</p> <p>Scielo</p> <p>Elsevier</p> <p>Google academic</p>	2020-2025	Español/Inglés
Examinar la literatura científica sobre buenas prácticas en la atención a pacientes con VIH positivo en edad	Enfoques en la atención de pacientes que viven con VIH.	<p>Pubmed,</p> <p>Scielo</p> <p>Elsevier</p> <p>Google academic</p>	2020-2025	Español/Inglés

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
reproductiva, estableciendo enfoques documentados en Costa Rica y España que evidencian resultados positivos.				

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 2. Criterios de *inclusión* y *exclusión*

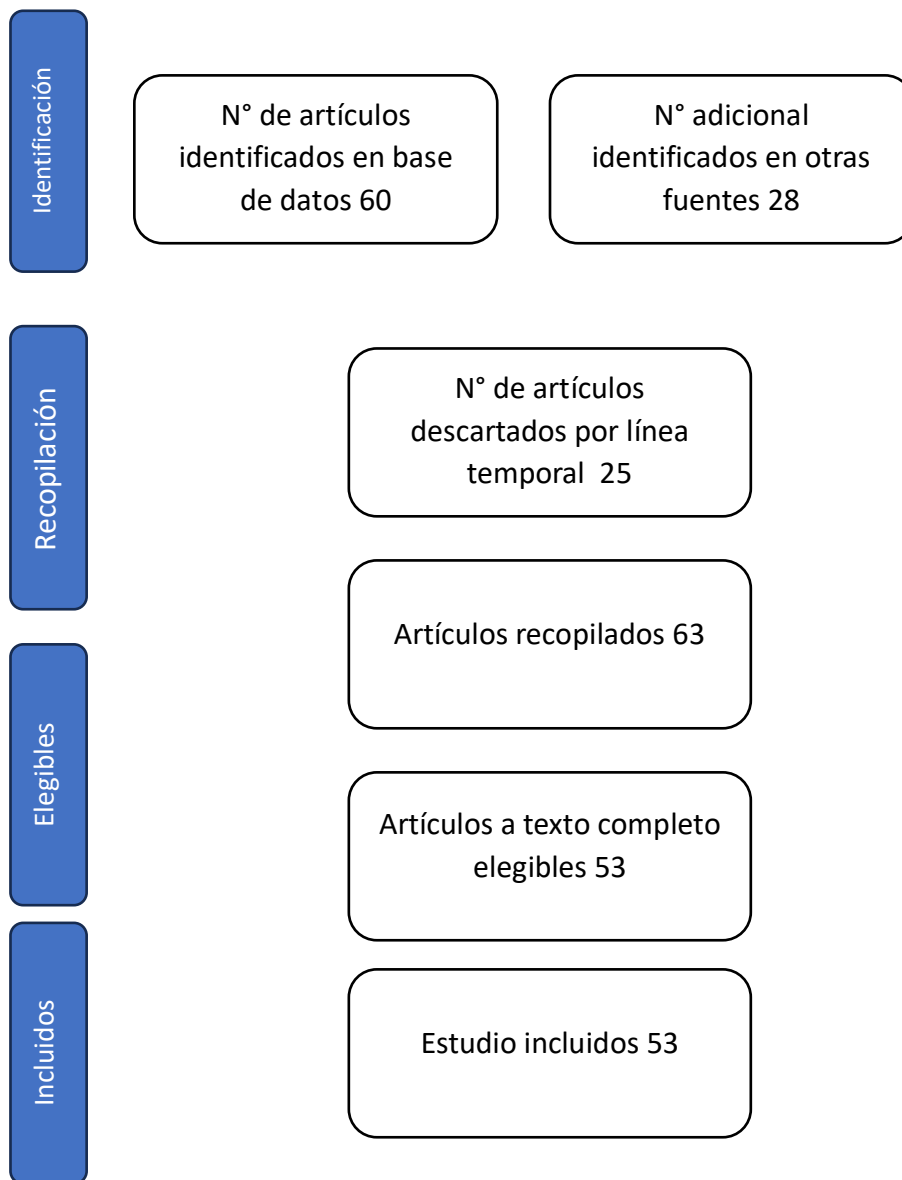
Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Artículos entre los años 2018 y 2025	Extremo de edades: menores de 18 años y personas mayores a los 45 años
Artículos en idioma inglés y español.	Artículos de paga o que no se logren ver completo
Aquellos artículos cuya población se	Artículos desarrollados en otros idiomas

encuentre en edad reproductiva	que no sean inglés o español
Artículos de atención y estrategias para combatir el VIH, de países de España y Costa Rica	Artículos con temática diferente al estudio
Tipos de estudios basado en revisiones de artículos, ensayos clínicos, revisiones bibliográficas, revisión sistemática, metaanálisis, estudios cualitativos, estudios cuantitativos	Dosificación de fármacos
Artículos científicos con el manejo interdisciplinario referente exclusivamente del objeto de estudio.	

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.6 Algoritmo

Figura 1. Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda



Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	1
1	Revisión sistemática	2	2	5.1%
2	Estudio de Cohorte y Estudios Analíticos	10	10	25.6%
3	Estudio transversal y de casos	11	11	28.2%
4	Serie de casos y descriptivo	6	6	15.3%
5	Opinión de expertos y revisión bibliográfica	10	10	25.6%
Total		39	39	

CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Modelo de atención en Costa Rica

En Costa Rica existe un protocolo nacional para la vigilancia de enfermedades de transmisión sexual, incluidas el VIH, en este estudio se evidenció que la población de riesgo con mayor prevalencia frente al VIH se encuentra concentra en los hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y trabajadores sexuales. (38)

En el país existe una ley llamada Ley General del VIH-SIDA; esta se encarga de enmarcar los derechos de las personas con la infección, las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y el régimen penitenciario; lo anterior regula el Sistema Nacional de Vigilancia y Salud, esta ley es la número 7771. (38)

En cuanto a la vigilancia, en Costa Rica se establece en el Decreto 40556-S, Capítulo VI, artículo 32, en este dispone que se debe informar al Ministerio de Salud cada caso confirmado, ya sea que las pruebas se hayan realizado en un centro de salud público o privado. (38)

De acuerdo con el protocolo nacional para la vigilancia de infección por VIH y de infecciones por transmisión sexual, este se centra en sus métodos diagnósticos y una vez está confirmado el caso se procede a llenar la boleta VE-01 con su respectivo código, para obtener el dato epidemiológico y así realizar su respectivo seguimiento. (38)

Para realizar el diagnóstico de infección por VIH, se realiza mediante la presencia de anticuerpos anti-VIH. Estos aparecen entre dos y doce semanas después de la infección, las pruebas utilizadas son las de inmunoanálisis enzimático de absorción (ELISA), que cuenta con una sensibilidad del 99.5% y la prueba de Western blot (anticuerpos VIH). (38)

Para que sea un caso confirmado de infección por VIH, deben presentar un resultado positivo a una prueba rápida, más un ELISA de 4ta generación con resultado positivo, o bien dos pruebas de Western blot con un resultado positivo y otro negativo, esto es para recibir un dato confiable. Para esta infección, el seguimiento se realiza valorando el conteo de los linfocitos T CD4+ y/o la carga viral. (38)

En caso de que se detecte un conteo de linfocitos de CD4 menor a 200 células/mm³, se está ante un caso de infección avanzada, que según la clasificación que establece la Organización Mundial de la Salud, estaría en estadio 3 o 4. (38)

El VIH se va a clasificar como Grupo B y se notifica por medio de la boleta VE-01. El médico tratante es el encargado de notificar los casos y darles el respectivo monitoreo. El seguimiento de casos de VIH se basa en el conteo de linfocitos de CD4+, por medio de pruebas de biología molecular. (38)

En cuanto al plan estratégico nacional de VIH y SIDA en el país, va a presentar enfoques en los que destacan 8 principales, en esos están: 1. Acceso y cobertura universal. 2. Derechos Humanos. 3. Interseccionalidad 4. Curso de vida 5. Participación social 6. Intersectorial 7. Promoción de la salud 8. Gestión por resultados. Estos enfoques tratan de que todas las comunidades tengan acceso a la atención, sin discriminación basada en raza u orientación sexual, que sean eficaces y accesibles sin que representen una dificultad económica para los usuarios. (39)

En Costa Rica existe una dificultad para lograr las metas propuestas por la ONUSIDA de 95-95-95. Esta se basa en que el 95% de los pacientes infectados con VIH, el 95% se encuentre con tratamiento antirretroviral y el 95% en supresión viral. El problema en el país es que el reporte disponible consiste únicamente en los datos proporcionados por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), sin tener acceso al registro de atención privada. (39)

Para el año 2021, los datos de la cascada de porcentajes, correspondían a 66% - 65% - 57%, por lo que se destaca la necesidad del país en mejorar el diagnóstico temprano, acceso continuo, adherencia al tratamiento y el monitoreo de su carga viral. No obstante, los últimos datos se obtuvieron en el 2021, dificultando la visualización de comportamiento histórico. En la figura 8 se observa la información proporcionada por la CCSS. (39)

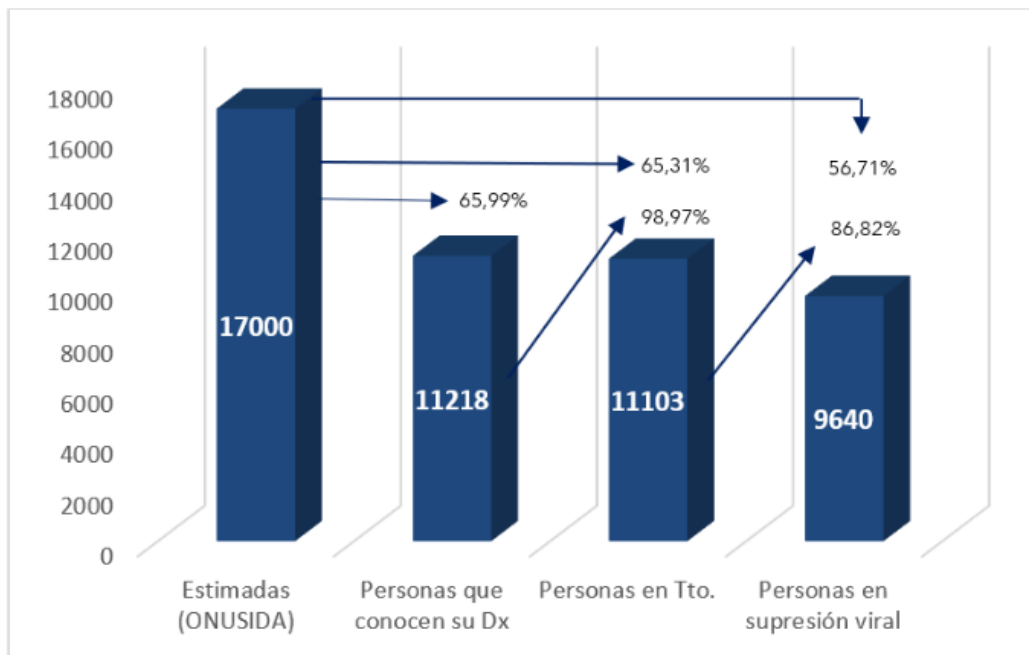


Figura 8. Tomada de Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA. Ministerio de Salud. 2024

El país presenta un avance en cuanto a la consolidación de CONASIDA, como coordinador, pero la participación de la población sigue representando un problema. En materia de prevención, diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento, se cumplió con los indicadores de cobertura en la entrega de paquetes de prevención; sin embargo, es necesario que se aborden ciertas barreras, desigualdades en el acceso del servicio de salud, tanto de las poblaciones claves, como de la población en general. (39)

En el país se presenta un modelo de prevención combinada. Este modelo tiene un abordaje basado en tres etapas principales: la biomédica, la estructural y el comportamental; al momento de la presente investigación, la última actualización registrada se realizó en el 2018. Por esta misma razón, en el plan estratégico se menciona la importancia de la actualización de este modelo. (39)

El área de vigilancia, seguimiento y evaluación está llevando a cabo acciones importantes como la elaboración de un plan de Operaciones Estadísticas (POE), además de la incorporación de la agenda nacional de prioridades de investigación y desarrollo tecnológico. (39)

De acuerdo con el plan estratégico, se establecen elementos para una respuesta eficaz ante el VIH, la cual se muestra en la Figura 9.

Elementos básicos para una respuesta eficaz al VIH



Figura 9. Imagen tomada de Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA. Ministerio de Salud . 2024

Algunos de los objetivos propuestos en el Plan Estratégico Nacional son fortalecer el sistema de salud para garantizar bienestar, equidad y no discriminación en respuesta al VIH. Busca reducir las nuevas infecciones por VIH y la morbimortalidad asociada al SIDA y promover entornos libres de violencia por medio de la protección de los derechos humanos en las personas con VIH y otras poblaciones clave. (39)

4.2 Modelo de atención en España

En España existe un Plan Estratégico para la Prevención y Control de la infección por el VIH y las ITS. Este plan presenta 4 objetivos estratégicos, que se basan en el diagnóstico precoz, el inicio temprano del tratamiento y el manejo de la cronicidad, así como mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta patología. (40)

El Decreto 2210/1995 establece la notificación de manera obligatoria para los centros de salud públicos y privados a realizar la notificación de enfermedades que provoquen situaciones epidemiológicas, así como la información microbiológica y sus respectivos brotes, este sistema también se aplica en los casos de infecciones por VIH y SIDA. (36)

Los principios del plan van a incluir la cobertura en salud de forma universal, así como velar por la equidad, coordinación y el complemento con otros planes que se presenten, con la finalidad de lograr el cumplimiento de los objetivos mencionados. (40)

“Epidemiológicamente, España ha disminuido la tasa de nuevos diagnósticos del VIH. La mayor parte de los nuevos diagnósticos son hombres, con una mediana de edad de 36 años. La vía de transmisión más común es la sexual, donde los más afectados son los gays, bisexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres.” (40)

En cuanto a la meta propuesta por ONUSIDA, en España para el año 2017-2019 se destacó la necesidad del esfuerzo para poder alcanzar el primer 90%, lo que significa que las personas que tengan infección por VIH deben conocer su estado serológico. De los principales cambios que ha generado la constante actualización de modelos de atención, es la cronicidad que se ha generado con el paso del tiempo, por lo que obliga al sistema de salud a tomar en cuenta la complejidad de las comorbilidades asociadas. (40)

En dicho plan se presentan diversos enfoques, los cuales son: derechos, género, situación migratoria y diversidad sexual. Con esto se logra asegurar un abordaje del estigma, discriminación y otras barreras legales, como situaciones migratorias de algunas personas y que pueden llegar a generar una dificultad al acceso del servicio de salud. (40)

El primer objetivo es el que promueve la prevención combinada del VIH, la cual implica la implementación de acciones biomédicas, comportamentales y estructural, que buscan satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH. Este se plantea como el enfoque ideal. (40)

El plan estratégico implementa la promoción del uso del preservativo (tanto interno como externo) y el lubricante. Sin embargo, dentro de la población de riesgo la aceptación de estas medidas sigue siendo baja. Por lo que se busca incrementar su aceptación y normalización, así como facilitar el acceso a la población. (40)

Otro de los objetivos es el de promover el diagnóstico precoz, con el fin de garantizar que todas las personas conozcan su estado serológico, lo cual se ha convertido en una prioridad en España. Con esto se podría tener un mejor control de la epidemia, además, al conocer el estado de la persona de forma temprana, esto permite ponerle un alto a la transmisión y prevenir complicaciones. (40)

Según lo estipulado por Martínez-Sanz et al. (23), para aplicar la prevención de forma adecuada, se debe identificar de forma temprana el riesgo de adquisición de la infección por el virus del VIH, es por esta razón se expone el cribado para ser difundido entre las personas de riesgo, incluir el número de parejas sexuales en la anamnesis, tipo de prácticas y uso del preservativo, asimismo el anotar si se consume algún tipo de droga y si se comparte el material de uso.

En el estudio se presentan tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas. Dentro de las medidas no farmacológicas de prevención del VIH, se mencionan las de tipo ginecológicas y, en el caso de los hombres, la circuncisión, uso de preservativos, así como la realización de pruebas de detección. (23)

En el caso de los objetivos es el de promover el diagnóstico precoz, con el fin de garantizar que todas las personas conozcan su estado serológico, lo cual se ha convertido en una prioridad en España.. (23)

De acuerdo con lo expuesto por Martínez-Sanz et al. (23), se debe reforzar la formación de los profesionales, para que soliciten con mayor frecuencia la prueba de detección del VIH, informando sobre los riesgos asociados a un diagnóstico tardío.

Se presenta la necesidad de derivación a las unidades hospitalarias, que el paciente tenga consultas con especialista y atención primaria, así como facilitar la comunicación entre ambos, esto para que el paciente pueda ser valorado y facilitar el acceso en caso de que se presente una situación que requiera ser evaluado por cualquiera de los dos. (23)

Algunas de las recomendaciones de los cuidados compartidos son tratar de utilizar los entornos asistenciales para ayudar a tener un diagnóstico precoz, así como brindarles asesorías y darles un mejor seguimiento. Cuando se esté ante un paciente con edad avanzada, se debe tener especial cuidado con las comorbilidades que esté tenga e implementar aquellos modelos de atención a enfermedades crónicas que hayan mostrado ser efectivas. (23)

En la Figura 10, se observa cuáles son los beneficios de tener un manejo compartido entre la atención hospitalaria con un especialista y atención primaria.

• Mejoría en el control de la replicación del VIH
• Mejoría en la retención y seguimiento del paciente
• Mejoría en el programa de vacunaciones
• Empoderamiento del paciente facilitando su autocuidado
• Prevención y tratamiento de las comorbilidades
• Prevención de las interacciones medicamentosas
• Despistaje precoz de tumores asociados o no a VIH
• Diagnóstico y tratamiento de la fragilidad

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Figura 10. Imagen tomada de Resumen ejecutivo del documento de consenso sobre el manejo compartido del paciente con infección por VIH entre Atención Primaria y Hospitalaria, Rev Clin Med Fam [Internet]. 2024

De acuerdo con lo establecido en el documento del consenso español, en todas las visitas se deben monitorizar la adherencia al tratamiento, la misma debe hacerse en conjunto con los profesionales implicados en los casos de VIH; se utilizan dos métodos complementarios, los registros de farmacia y el uso de cuestionarios con buena accesibilidad para las clínicas. El recordatorio por medio de los teléfonos celulares, o bien el uso de programas informativos para los pacientes, constituyen estrategias que se deben introducir en la atención de estos pacientes. (23)

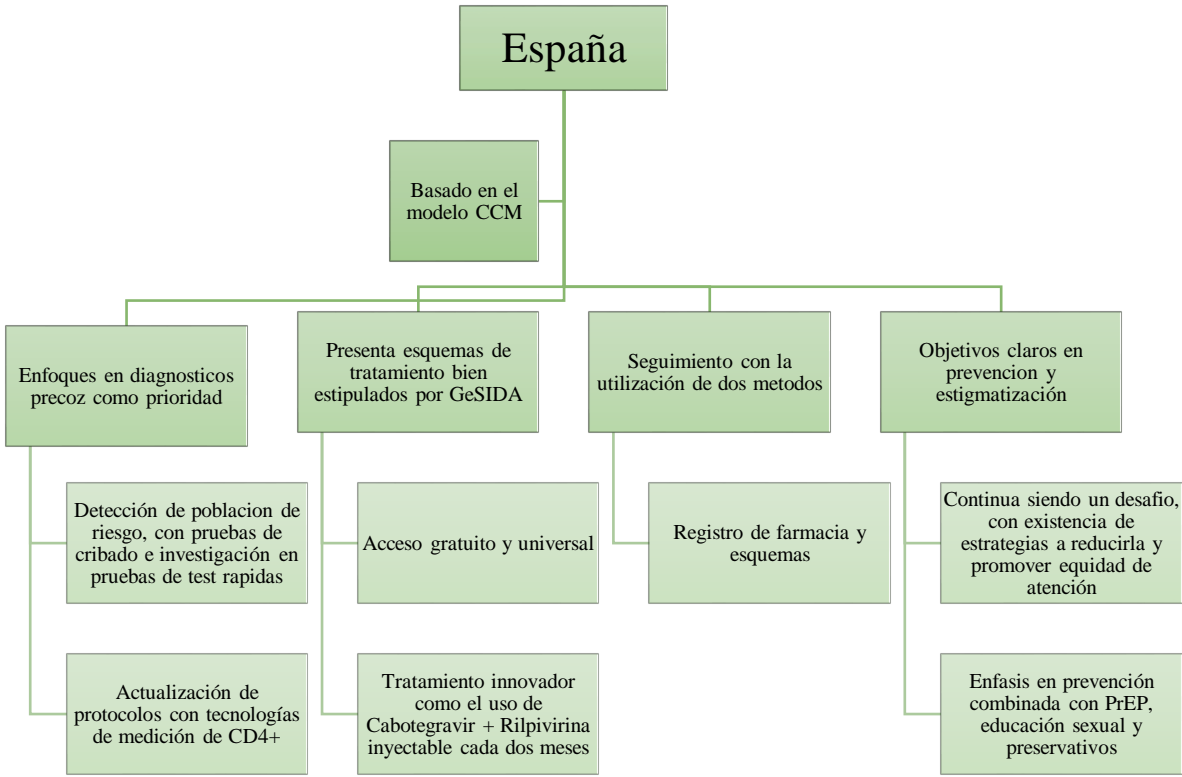
En algunos países existen leyes que penalizan la transmisión del VIH por vía sexual, lo que ha generado una ola de repercusiones en sitios de Europa y Norteamérica, Según Fuster-Ruizdeapodaca et al., la principal motivación es la protección de la salud pública; sin embargo, esto no demostró cambios positivos en el contagio, sino un sesgo debido a que por miedo muchas personas no se someten a la serología, desconociendo si están infectados o no de la enfermedad. (2)

En España existe un incremento en las demandas por la transmisión a terceras personas, pero se basa en la ley general de la población, por medio del artículo 1902 del código civil y se juzgan como delitos de lesiones o lesiones agravadas, pero para el año 2016 estas leyes no se encontraban actualizadas, por lo que se juzgaban cuando existían reiteradas relaciones sexuales en las cuales no se utilizó el preservativo. Para la presente investigación, no se encontraron actualizaciones de dichas leyes. (2)

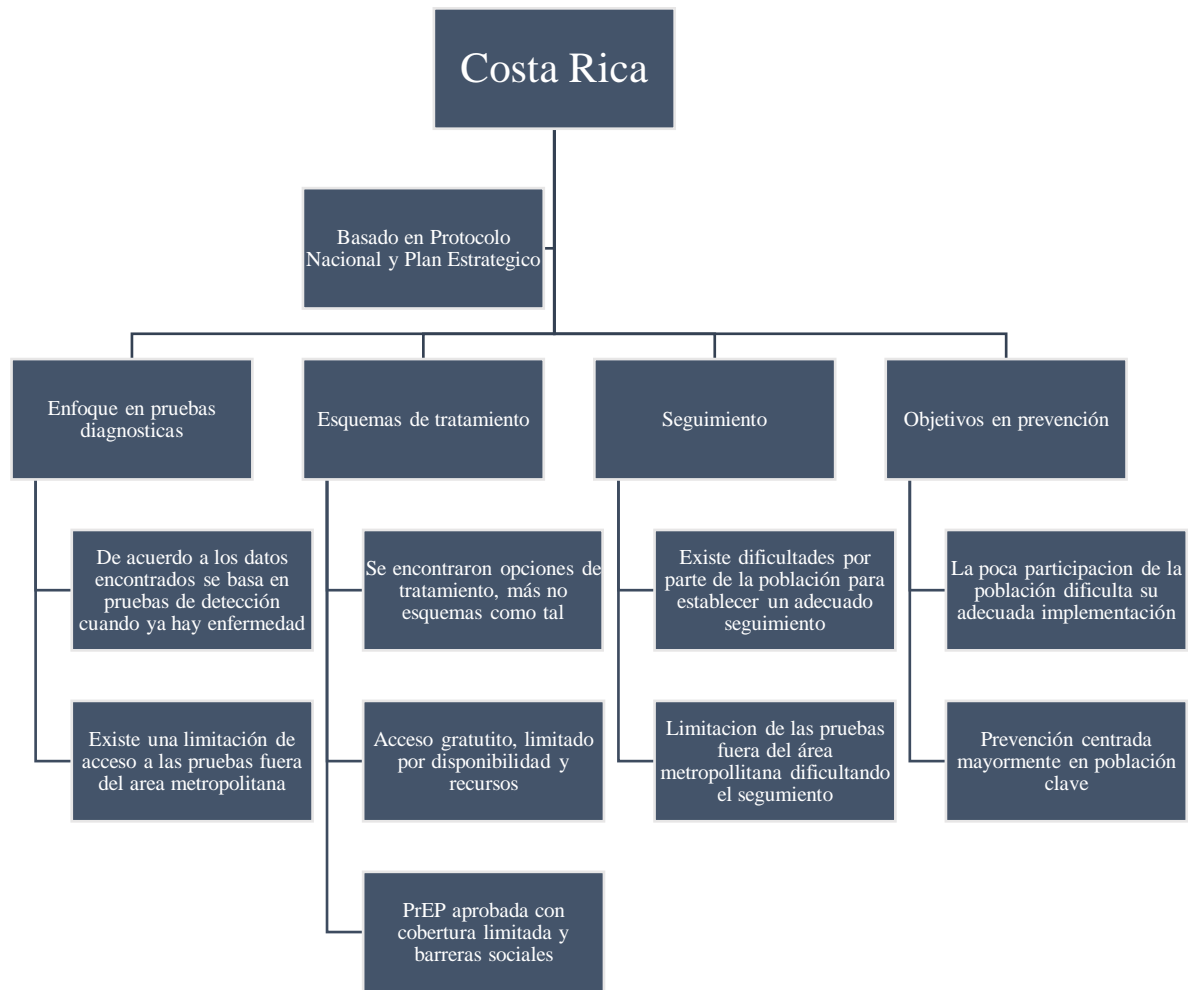
En el caso de la vigilancia de los casos por VIH, en España se presentan tres objetivos principales: cuantificar las nuevas infecciones, describir las características epidemiológicas de las personas que presentaron el diagnóstico y contribuir con la respectiva vigilancia. Para confirmar un diagnóstico, se debe presentar algún criterio clínico, presentar positividad al cribado de anticuerpo anti-VIH o a la prueba de detección combinada anticuerpo y antígeno p24 de VIH. (36)

“Las guías europeas consideran que un resultado negativo en análisis de cribado excluye la infección por VIH, salvo en exposición reciente o primoinfección.” (36)

4.3 Cuadro comparativo entre los modelos de atención de Costa Rica y España



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Se presenta una tabla comparativa que visualiza las diferencias entre de ambos países, con la finalidad de establecer una mejor comprensión para el lector.

CATEGORÍA	ESPAÑA	COSTA RICA
ENFOQUE DEL MODELO	Modelo crónico (CCM), centrado en el paciente, multidimensional y proactivo.	Multidisciplinario, con énfasis en diagnóstico y tratamiento, pero menor integración.
COORDINACIÓN DEL SISTEMA	Alta coordinación entre niveles de atención (primaria y especializada).	Coordinación limitada; desafíos en integración entre niveles de atención.
ACCESO A TRATAMIENTO ARV	Universal y gratuito. Incluye terapias innovadoras (inyectables bimensuales).	Disponibles, pero con limitaciones económicas y geográficas.
GUÍAS CLÍNICAS	Basadas en GeSIDA; protocolos actualizados con enfoque individualizado.	Protocolos nacionales avalados por Ministerio de Salud; menos flexibles.
DIAGNÓSTICO	Promoción del diagnóstico precoz. Registro nacional de casos.	Diagnóstico tardío. Notificación obligatoria con boleta VE-01.
SEGUIMIENTO CLÍNICO	Evaluación integral cada 3-6 meses. Incluye CD4+, carga viral, comorbilidades.	Controles trimestrales; acceso variable a exámenes complementarios.
USO DE TECNOLOGÍA	Integración de TIC, digitalización de expedientes, herramientas para seguimiento.	Uso limitado de tecnología en seguimiento y gestión clínica.

PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP)		Disponible, ampliamente promovida.	Aprobada desde 2019, acceso limitado.
PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN SEXUAL	Y	Estrategias combinadas (PrEP, condón, educación integral, campañas).	Enfoque tradicional, centrado en condón. PrEP poco conocida fuera de zonas urbanas.
POBLACIONES CLAVE ATENDIDAS		HSH, migrantes, trabajadores sexuales, trans.	HSH, trabajadoras sexuales, personas transgénero.
ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN	Y	Estrategias activas contra el estigma (plan “Cero estigma”); mayor formación del personal.	Alto nivel de estigma en servicios de salud; barreras para diagnóstico y tratamiento.
SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL	Y	Integrado al modelo de atención; se usan escalas de ansiedad/depresión, derivación oportuna.	Reconocido como necesario, pero poco sistematizado; apoyo limitado en consulta general.
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA		Alta participación de ONGs, redes de pacientes y activismo.	Participación incipiente; algunas organizaciones comunitarias colaboran en prevención.
ADHERENCIA Y TRATAMIENTO	AL	Alta (92.5% en tratamiento, 90.4% en supresión viral); estrategias específicas de soporte.	Problemas por efectos adversos, polimedicación y condiciones socioeconómicas.
EVALUACIÓN Y CALIDAD	Y	Indicadores claros, auditoría continua,	Evaluación limitada; no siempre se mide efectividad

		evaluación de resultados de estrategias clínicas.	de implementadas.
INNOVACIÓN FUTURO	Y	Modelos personalizados, uso de <i>big data</i> , telemedicina y digitalización creciente.	Necesidad de modernización; se reconoce la urgencia de actualización periódica.

Fuente. Elaboración propia

4.4 Comparación de componentes clave del modelo: diagnóstico, tratamiento, acceso y políticas públicas

Enfoque en el diagnóstico:

El diagnóstico precoz es de suma importancia, ya que este es el primer paso para presentar una atención efectiva elevada, esto permite al personal iniciar de manera temprana el tratamiento con antirretrovirales y así poder reducir la carga viral de los pacientes, evitando una mayor propagación del virus.

En España, el modelo de atención incorpora estrategias de captación temprana en las poblaciones de riesgo por medio de diagnósticos oportunos, realizando pruebas accesibles, y campañas de prevención en las diferentes instituciones. Esto con la finalidad de disminuir, o bien eliminar, todas aquellas barreras relacionadas con el estigma que la población manifiestan hacia la enfermedad y que muchas veces esto los limita el buscar atención.

Como se mencionó anteriormente, el sistema de salud español ha implementado de manera adecuada la historia clínica digitalizada de los pacientes, por lo que permite que las pruebas diagnósticas se incluyan en el historial y se eviten las duplicaciones. Lo mencionado previamente facilita a los trabajadores de salud a referir a los pacientes a especialistas cuando se requiera. Además,

la participación del personal que se encuentra en el primer nivel de atención es lo que ha permitido un mayor acercamiento con la población en general, sobre todo con aquellos grupos de alto riesgo.

En contraste, en Costa Rica, a pesar del sistema de vigilancia epidemiológica que existe por medio de la boleta VE-01 y la notificación obligatoria, se logró identificar las limitaciones que evitan un diagnóstico temprano en los pacientes, lo anterior se debe a que la prueba se encuentra en los niveles altos de atención y no se ofrece de manera rutinaria a la población general y debido al estigma continúa presente en entornos tanto clínicos como sociales, a esto se suma el temor del diagnóstico, el cual hace que en muchos casos se diagnostiquen en etapas más avanzadas.

Esta situación provoca que los diagnósticos en Costa Rica sean tardíos, esto ocasiona que los pacientes presentan una condición clínica más severa y algunas veces con comorbilidades adjuntas, el paciente no responde favorablemente al tratamiento y eleva el riesgo de transmisión del virus.

Con los esfuerzos de CONASIDA y las políticas públicas orientadas a la prevención, se debe fortalecer el diagnóstico desde los primeros niveles de atención y desarrollar estrategias o campañas que promuevan las pruebas como un derecho y una práctica de autocuidado.

Estrategias de tratamiento:

El sistema de salud español ha incorporado un sistema que asegura el acceso al tratamiento antirretroviral de forma universal y gratuita, con esquemas terapéuticos adaptados a las necesidades y preferencias de cada paciente.

En los últimos años, se incorporó un tratamiento de acción prolongada, el mismo consiste en el uso de cabotegravir + rilpivirina, estos fármacos permiten que las tomas ingieran de forma bimensual, por lo que mejora la adherencia al tratamiento significativamente en los grupos de pacientes que han adquirido este régimen.

En España el tratamiento antirretroviral se basa sobre el concepto de centrarse en la persona, por lo que esto hace que el personal de salud tome en cuenta las condiciones individuales de cada paciente, así como sus comorbilidades, el entorno social, hábitos de vida y preferencias, por lo que se considera una toma de decisión compartida (médico/paciente).

Como resultado, esto supone un empoderamiento del paciente en su tratamiento y, a su vez, fortalece la relación de las personas mencionadas. Asimismo, el sistema de salud español implementa un programa de farmacovigilancia y de educación terapéutica que permite detectar de forma oportuna los efectos secundarios y realizar el ajuste de la medicación a tiempo.

Como se ha mencionado, la estrategia del modelo español se basa en una terapia de forma individualizada, la cual contempla no solo el control de carga viral de cada paciente. Este es un modelo más modernizado, ya que cuenta con diferentes formas de tratamiento, las cuales van desde tomas orales diarias, combinaciones de dosis y la más reciente que consta de un tratamiento inyectable de acción prolongada.

Además, esta estrategia promueve la participación del paciente con su tratamiento, debido a que la toma de decisiones va de la mano junto con el médico, con su debido seguimiento multidisciplinario y con una educación de su terapia medicamentosa. Estas estrategias se basan en la evidencia científica actualizada.

En Costa Rica, el tratamiento se ofrece a través de la Caja Costarricense del Seguro Social y la atención continúa enfocada en centros médicos del segundo y tercer nivel de atención. La selección del tratamiento se basa en protocolos estandarizados internacionales; sin embargo, no se involucra las condiciones y necesidades de los pacientes en la toma de estas decisiones.

El tratamiento se brinda de manera gratuita desde 1998, con esquemas actualizados y avalados por la CCSS. Sin embargo, su estrategia se centra en un solo médico tratante y la participación del paciente en la toma de decisiones es muy limitada. Debido a la falta de apoyo psicosocial y emocional hacia los pacientes, esto lleva a que la adherencia al tratamiento se vea reducida y a su vez disminuye las posibilidades de los pacientes de tener un abordaje integral adecuado.

Aún con la existencia de protocolos nacionales que establecen una normativa para el uso de los fármacos antirretrovirales y de un seguimiento clínico, estos no siempre se ejecutan de la manera más idónea. Asimismo, la estrategia nacional no se encuentra individualizada hacia el contexto de cada paciente.

A esto se suma la debilidad identificada en las áreas de acompañamiento psicosocial debido a la falta de especialización en estas áreas en muchos de los centros de salud del país, especialmente en aquellos ubicados fuera de la gran área metropolitana, por lo que resulta necesario capacitar personal en la salud mental, trabajo social y la promoción de la adherencia al tratamiento.

En cuanto al tratamiento de profilaxis preexposición, si bien se cuenta con el lineamiento para el uso de estos medicamentos, su aplicación continúa limitada con poco seguimiento. Además, se debe velar por implementación adecuada en el primer nivel de atención, por lo que, si bien existe el avance protocolario, su reto principal radica a nivel ejecutivo para operar el modelo de atención de forma oportuna.

El seguimiento de los pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana es vital para llevar un control de la carga viral del paciente, la posibilidad de transmisión, prevenir complicaciones y detectar comorbilidades que se puedan presentar.

En España existe un protocolo de seguimiento altamente estructurado que se rige por estándares internacionales y se aplica desde la atención primaria hasta los centros especializados, promoviendo una colaboración fluida entre los distintos profesionales de la salud. Al integrar la información clínica del paciente, permite monitorear la evolución del paciente valorando los resultados del laboratorio, así como verificando la adherencia al tratamiento, revisando posibles interacciones entre los medicamentos, además el uso de la telemedicina ha sido clave para llevar el control incluso con los pacientes que viven en áreas remotas.

El modelo de atención español, en su seguimiento no solo contempla lo médico, sino también los aspectos sociales, psicológicos y emocionales del paciente, llevándolo de forma más integral. Los protocolos incluyen la realización de evaluaciones periódicas sobre el estado de ánimo del paciente, de síntomas de ansiedad o depresión y de cuándo se deben tomar medidas como el hacer referencia a psicología para su respectivo apoyo.

En Costa Rica el esquema de seguimiento clínico se da de forma trimestral con pruebas de carga viral y de CD4, realizándolo solo en los niveles secundarios y terciarios del sistema de salud. En cuanto a la integración de la información del paciente en el historial electrónico y en cuáles casos puede darse de forma ineficiente, hace que el seguimiento no se ejecute de manera efectiva.

Esto hace que no se documente adecuadamente la adherencia al tratamiento. Además, en el sistema de salud costarricense no se toma en contemplación la evaluación del aspecto emocional, social y psicológica de los pacientes, por lo que no existen canales claros o propiamente definidos para un seguimiento por parte de otros profesionales de salud, aparte del médico tratante en cuestión.

Esto genera vacíos en la continuidad del cuidado de estas personas, sobre todo cuando los pacientes se mudan de vivienda a otras zonas, ocasionando grandes desafíos en los seguimientos clínicos y evidencian las limitaciones del sistema de salud para realizar actividades o estrategias de prevención orientadas a la salud mental, los cuales son importantes para la evolución de la enfermedad.

Acceso a medicamentos:

Ambos países garantizan el acceso a los medicamentos a través de un sistema de salud público, que brinda de manera gratuita y directa al paciente, por lo que esto refleja el compromiso de ambos países de tomar las recomendaciones que brinda la ONUSIDA y de tener una cobertura universal del tratamiento antirretroviral.

A pesar de esto, existen diferencias significativas entre ambos en cuanto a las opciones de tratamiento y las formas de incorporación. En España, los pacientes tienen acceso más rápido al tratamiento adaptado a su beneficio clínico, como por ejemplo la inyección bimensual o los diversos tipos de combinaciones de antirretrovirales que son simplificadas. Además, en España hay una mayor equidad en la entrega y acceso a los fármacos, ya que cuentan con una red de farmacia bastante eficiente, lo que facilita el acceso al tratamiento a las personas que viven en áreas aledañas

En Costa Rica, si bien el tratamiento es gratuito y está garantizado para las personas que viven con esta enfermedad, las opciones de tratamiento disponible son limitadas. El incorporar nuevos esquemas de medicamentos depende de procesos administrativos, los cuales son regulados por la CCSS y pueden ser más lentos.

En cuanto a la logística del sistema de salud costarricense, persisten diversas dificultades con algunas de las regiones del país. Como se mencionó anteriormente en esta investigación, las áreas rurales pueden presentar problemas o retrasos en la entrega de los medicamentos, o bien se requiere que el paciente sea trasladado por largas distancias y esto repercute directamente en la adherencia al tratamiento, ya que puede suceder que los mismos opten por no retirar sus fármacos.

Políticas de salud relacionadas con el VIH:

En cuanto a las políticas de salud establecidas en ambos países, se evidencia un avance significativo en ambos; Sin embargo, el enfoque social que adopta España es lo que permite brindar una atención integral, ya que este considera determinantes como la pobreza, el acceso a la vivienda, el empleo y la discriminación que pueden sufrir los pacientes.

España cuenta con el Plan Nacional sobre el SIDA, el cual ofrece estrategias a corto y largo plazo. Este plan establece metas con respecto a la prevención, el tratamiento, los derechos humanos, reducción del estigma, toma de acciones ante la migración, el *chemsex*, salud mental y el tratamiento profiláctico. Los españoles realizan una revisión de este plan de manera periódica, en este participan actores sociales, personal de la salud, organizaciones gubernamentales y pacientes infectados con el virus.

Por su parte, Costa Rica ha logrado avances significativos para el país con la elaboración de los lineamientos técnicos actuales, los cuales se han brindado por medio del Ministerio de Salud y CONASIDA, estos lineamientos establecen un protocolo para la atención, prevención y vigilancia de la enfermedad.

No obstante, la implementación de estos lineamientos ha sido desigual, ya que no se ha logrado integrar de manera práctica a los distintos niveles del sistema de salud. Además, que el plan nacional no se encuentra debidamente actualizado, en uno que se contemple la estrategia del tratamiento profiláctico como una estructura con mayor claridad y que cubra todo el territorio nacional de forma completa.

Por otra parte, en lo que respecta estigma y discriminación, estos continúan siendo barreras importantes en Costa Rica y, aunque existen políticas de salud que están orientadas a su disminución, no han logrado ser acciones sostenidas ni tener un proceso de capacitación efectivo en el personal de salud, lo que afecta la confianza de las personas, las cuales muchas veces terminan ocultando su diagnóstico.

Análisis Comparativo

Por ende, con el análisis de este objetivo se evidencia que el modelo de atención español se centra en un tratamiento personalizado a las necesidades de cada paciente y un seguimiento integral, el cual se encuentra organizado desde el enfoque de una patología crónica, por lo que esto favorece una continuidad del cuidado, una participación activa del paciente con su patología y una equidad en el acceso, mostrando resultados eficaces tanto clínicos como sociales.

En contraste, Costa Rica presenta un modelo de atención limitado y una sobrecarga de los servicios. Si bien se reconocen avances en la elaboración, los protocolos y la cobertura del tratamiento. Los principales desafíos radican en la estructuración del modelo y su logística, por lo que se limita el realizar diagnósticos oportunos, detectar las adherencias al tratamiento y la realización de un seguimiento efectivo.

La escasa participación de los EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral en Salud) y la falta de apoyo psicosocial son desafíos que deben ser abordados con prioridad. Es fundamental fortalecer estos centros de atención y distribuir las responsabilidades de los pacientes entre los profesionales de la salud, por lo que adaptar estos elementos del modelo español podrían ser un paso importante para optimizar el modelo costarricense.

Asimismo, se nota el compromiso de ambos países por la mejora de la atención a los pacientes con VIH, dado que esta enfermedad continúa siendo un problema para la salud pública a nivel global. No obstante, sus estrategias, sus contextos estructurales y las capacidades que poseen sus respectivas instituciones influyen en la calidad de vida de sus pacientes. Por otra parte, se evidencia que el modelo de atención de España ha logrado cumplir con las metas propuestas por ONUSIDA y mejorar los indicadores de control del VIH.

Por otro lado, Costa Rica ha alcanzado objetivos y avances importantes a nivel institucional, pero aún enfrenta desafíos en las actualizaciones de su plan de modelo de atención, en la diversidad de esquemas terapéuticos y en presentar una óptima ejecución en todo el territorio costarricense, por lo que el modelo necesita avanzar hacia una mayor equidad para poder responder a las necesidades de cada paciente.

Cuadro 1. Tabla comparativa de acceso al tratamiento Antirretroviral

	# de Referencia	Costa Rica	España
Inicio del tratamiento	(1) (29)	1998	1996
Entidad responsable	(1) (25)	Consejo nacional de atención integral del VIH/SIDA	Sistema nacional de salud con coordinación de comunidades autónomas
Casos reportados con año de referencia	(9) (25)	14,293 personas infectadas con VIH, para el año 2021	0.31% de la población vivía con VIH para el 2022
Cobertura de tratamiento	(9)	No se logran obtener cifras debido a las barreras de acceso	96,6% de las personas diagnosticadas reciben tratamiento
Supresión viral	(9)	Se desconocen datos por dificultades en adherencia y continuidad de seguimiento	90,4% de las personas con tratamiento alcanzan la supresión viral

Cumplimiento de metas ONUSIDA (90-90-90_)	(9)	No se ha logrado llegar al cumplimiento de metas, se desconocen datos exactos	Metas superadas para el año 2021
Barreras identificadas	(6) (7)	Estigma, discriminación, falta de adherencia al tratamiento, barreras a nivel social y económico	Estigma, temor al sistema de atención primaria en algunos sectores

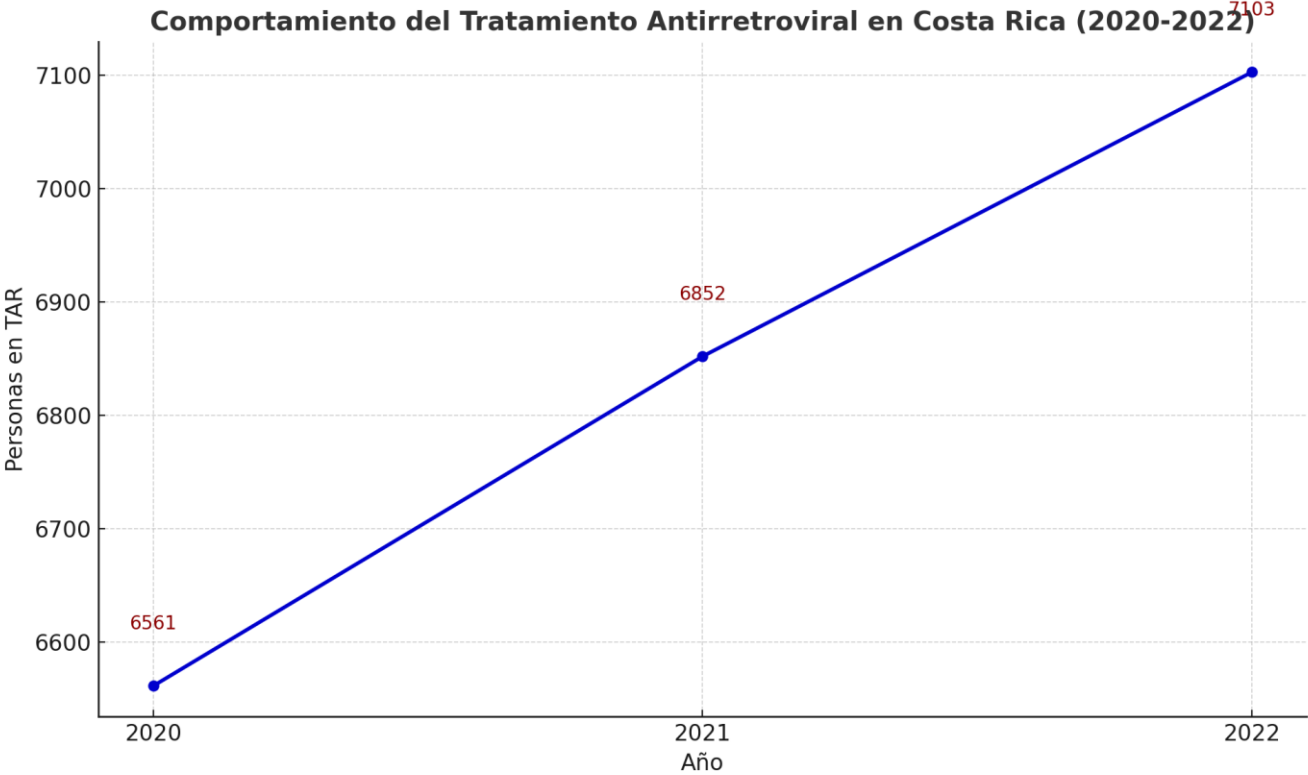
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2. Tabla comparativa de acceso a tratamiento de PrEP

	# de Referencia	Costa Rica	España
Año de implementación	(16) (34)	2019 fue aprobado por el Ministerio de Salud	No se indica año exacto, pero se encuentra integrado en el sistema y plan nacional
Esquema de tratamiento	(34)	Tenofovir 300 mg + emtricitabina 200 mg	No se indica esquema exacto, basado en directrices europeas y GeSIDA
Modalidad de administración	(34)	Diario o por demanda	Principalmente diario, de acuerdo a guías europeas
Cobertura poblacional	(16)	Sin datos precisos de cobertura o usuarios beneficiados	Acceso generalizado incluido en el plan de prevención nacional
Poblaciones objetivo prioritarias	(16) (34)	Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, personas transgéneros y personas en alto riesgo de exposición	Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, personas transgéneros y personas en alto riesgo de exposición
Acompañamiento del tratamiento	(16) (34)	Educación sexual, seguimiento trimestral, pruebas de ITS y VIH	Incorporado en el seguimiento clínico nacional de salud sexual y reproductiva

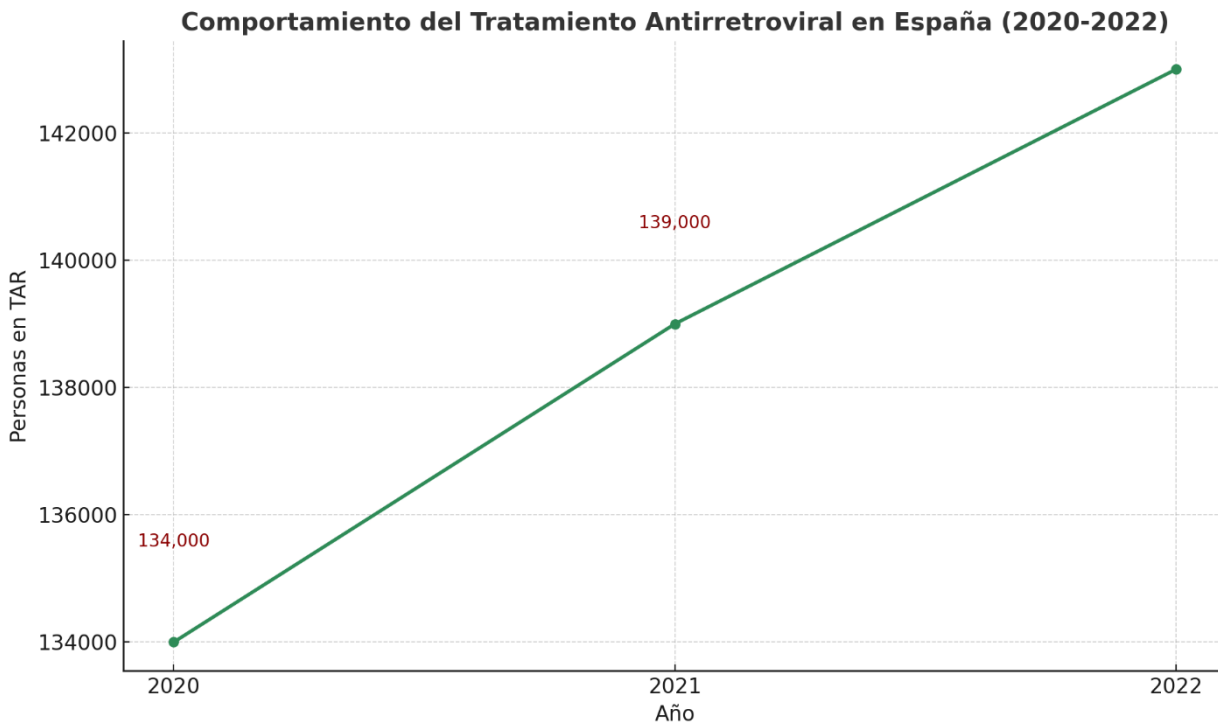
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 1. Comportamiento del tratamiento Antirretroviral en Costa Rica (2020-2022)



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Rodríguez et al. Blamey et al. Centeno et al. Ministerio de Salud y CONASIDA

Gráfica 2. Comportamiento del tratamiento Antirretroviral en España (2020-2022)



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Hernando. Darias. De la Mora et al.

4.5 Identificación de prácticas exitosas y aplicables al modelo costarricense

En el presente trabajo de investigación se realizó una revisión de bibliografía científica a nivel nacional como internacional, en el cual se evidenciaron las mejores prácticas implementadas por los países España y Costa Rica para la atención de personas infectadas por el virus del VIH en edad reproductiva y que han brindado resultados positivos en sus respectivos países. El análisis del tercer objetivo específico planteado en este estudio se va a enfocar en documentar las prácticas exitosas que se han documentado tanto en España como en Costa Rica, así como los enfoques comunes que tienen ambos y con los cuales obtuvieron resultados beneficiosos para su sistema de salud.

Los resultados que se presentarán se enfocarán en el diagnóstico médico, la adherencia al tratamiento, la salud sexual y reproductiva de la población en estudio, así como la reducción del estigma. Si bien cada país presenta un estado socioeconómico y protocolos estructurales diferentes, la evidencia que se recopiló demuestra que presentan estrategias en común, así como otras que pueden ser incorporadas al sistema de salud costarricense.

Prácticas exitosas documentadas en España:

De acuerdo con la bibliografía documentada, el sistema español brinda enfoques integrales e innovadores, donde estos han sido reconocidos por diferentes organismos a nivel nacional e internacional, los cuales se presentarán con mayor profundidad a continuación:

A. Modelo de atención crónica adaptado al VIH

España incorporó exitosamente el CCM como modelo de atención al VIH, donde integran los elementos relacionados con una atención centrada en el paciente y se brinda educación en el autocuidado, con la implementación de sistema de información clínico digitalizado y la participación del primer nivel de atención. Estos enfoques han demostrado mejorías significativas a lo largo de los años en los ámbitos de adherencia al tratamiento, detección de comorbilidades y una mejor calidad de vida, alcanzado las metas de 90-90-90 propuesta por ONUSIDA para el año 2020, sobre todo en la población joven que se encuentra en edad reproductiva y que es la población de mayor riesgo.

B. Integración de la salud sexual y reproductiva en el abordaje clínico

Múltiples estudios determinaron la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con VIH, esto como parte esencial de la atención médica. Por lo que, esto se puede traducir como campañas enfocadas en la anticoncepción, orientación en cuanto la preconcepción, atención perinatal con especialistas y medidas preventivas para evitar la transmisión vertical, de igual manera con la búsqueda de promover un enfoque de género y la atención personalizada a la mujer seropositiva, en el que se incluya el bienestar emocional de las pacientes.

C. Uso de tecnologías digitales y seguimiento personalizado

Según la evidencia recolectada, el uso de aplicaciones móviles, recordatorios electrónicos y otras implementaciones digitales facilitan la mejora significativa en el seguimiento clínico de los pacientes. Además, ha hecho más eficiente la relación médico-paciente y ha permitido que el cumplimiento de la terapia farmacológica incremente de forma positiva. Estas prácticas han ayudado a las personas con VIH que viven en áreas rurales o que se encuentran alejadas de centros hospitalarios.

D. Programas integrados de salud mental y apoyo psicosocial

La implementación de equipo especializado en la atención de salud mental y de acompañamiento emocional es parte del esquema de tratamiento del VIH y se ha considerado una práctica exitosa y bien consolidada en España. Por lo que esto ha permitido abordar problemas como la ansiedad, la depresión y el aislamiento social que pueden llegar a presentar estos pacientes, los cuales suelen ser más frecuentes entre las personas jóvenes.

Prácticas exitosas documentadas en Costa Rica:

El sistema de salud costarricense presenta ciertas limitaciones; sin embargo, la revisión de la bibliografía presente en este trabajo permitió identificar y evidenciar algunas de las iniciativas valiosas implementadas en el país, las cuales se verán con mayor profundidad a continuación:

A. Atención integral en centros especializados

Algunos hospitales del país, principalmente los nacionales que son el tercer nivel de atención en el sistema de salud costarricense, han desarrollado unidades de atención integral en los cuales se incluye personal de infectología, trabajo social, psicología y farmacia clínica, estos son los equipos que han logrado fortalecer el seguimiento y la adherencia del tratamiento antirretroviral, así como reducir gradualmente el estigma de los pacientes que se encuentran en edad reproductiva mediante medidas educativas, estableciendo grupos de apoyo y de acompañamiento emocional.

B. Protocolos nacionales sobre prevención de la transmisión vertical

Uno de los protocolos más exitosos de Costa Rica es el de la prevención de la transmisión del VIH por medio madre a hijo o transmisión vertical, alcanzando tasas elevadas del tratamiento antirretroviral durante el embarazo y el parto. Esta estrategia ha resultado en una disminución en la tasa de infecciones perinatales, y sus resultados positivos lo destacan como una de las principales fortalezas en la atención de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva.

C. Participación comunitaria y enfoque desde los derechos humanos

En el caso de la acción social, CONASIDA ha generado programas y organizaciones que trabajan con las poblaciones claves que son las mujeres, personas trans, hombres que tienen sexo con hombres. Asimismo, también promueve un enfoque centrado en garantizar los derechos de las personas infectadas, la confidencialidad y la educación sexual; por lo que estas acciones permiten

alto acercamiento a la asistencia temprana, al sistema de salud y una disminución del miedo al diagnóstico.

D. Vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria

Costa Rica ha fortalecido su sistema de vigilancia al establecer que el diagnóstico del VIH deba ser notificado obligatoriamente por medio de la boleta VE-01, lo que permite conocer la situación epidemiológica del país y así poder tomar decisiones sanitarias al respecto. Esto no es intervención directa con el paciente, pero ha ayudado a mejorar la planificación nacional en materia de recursos y de acciones preventivas que se dirigen a la población en etapa reproductiva.

Enfoque comunes con resultados positivos:

A pesar de las diferencias socioeconómicas y estructurales que pueden presentar estos países, la literatura analizada evidencia que tanto España como Costa Rica comparten similitudes en algunas prácticas eficientes, por lo que se presenta una tabla de las estrategias comunes que presentan, así como sus resultados.

ESTRATEGIA EN COMÚN	RESULTADOS DOCUMENTADOS
PREVENCIÓN EN LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO	Alta cobertura del tratamiento antirretroviral durante el embarazo, por lo que lleva a una disminución de los casos pediátricos infectados
EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Ha mejorado la toma de decisiones de los jóvenes, llevando a un menor riesgo de infectarse o de embarazos no planificados
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN POBLACIONES DE RIESGO	Mejorar el acceso y la disminución del estigma en poblaciones vulnerables
APOYO PSICOLÓGICO Y SOCIAL	Menor abandono del tratamiento, por lo que mejora la adherencia al tratamiento

Fuente: Elaboración propia

La literatura científica revisada ha permitido identificar que España y Costa Rica presentan prácticas efectivas para la atención de las personas que viven con VIH en edad reproductiva. No obstante, como se ha puesto en evidencia a lo largo de este trabajo investigativo, España presenta una mayor integración de las estrategias, por lo que brindan un modelo con mayor solidez. Costa Rica ha demostrado esfuerzos importantes en los centros más especializados, con políticas materno-infantil y con la participación de la comunidad; sin embargo, estas prácticas han trabajado de forma focalizada, sin una debida expansión por el territorio nacional, de ahí que sea primordial identificar y adaptar estas prácticas.

Cuadro 3. Prácticas aplicables del modelo español al modelo de Costa Rica

Prácticas exitosas en España	Descripción	Adaptación propuesta a Costa Rica
Modelo de atención crónica	Enfoque centrado en el paciente, autocuidado, expediente clínico digital, integración de los EBAIS	Integración del modelo de atención crónica de manera específica a pacientes VIH Capacitar EBAIS y clínicas Fortalecer el uso del EDUS con alertas y seguimientos Priorizar estrategias hacia la población joven para lograr alcanzar metas.
Integración de salud sexual y reproductiva	Derechos sexuales y reproductivos como parte esencial de la atención como anticoncepción, atención preconcepcional, perinatal y enfoque de género	Integrar protocolos entre los servicios. Capacitar al personal con un enfoque de género. Campañas educativas sobre prevención, derechos y salud reproductiva. Promover atención emocional a las mujeres seropositivas.
Tecnologías digitales y seguimiento personalizado	Uso de aplicaciones, recordatorios y herramientas digitales para mejorar la adherencia y el acceso al tratamiento.	Desarrollar el uso de aplicaciones de mensajes para recordatorios. Implementar el uso de telemedicina en sitios rurales Integrar un monitoreo remoto al EDUS para poder realizar alertas clínicas.

Programas de salud mental	Atención de salud mental integrada al tratamiento del VIH (ansiedad, depresión o aislamiento)	<p>Crear equipos interdisciplinarios en hospitales y clínicas</p> <p>Incluir tamizajes de salud mental desde el momento del diagnóstico.</p> <p>Formar grupo de apoyo psicosocial.</p> <p>Campañas de sensibilización al estigma.</p>
----------------------------------	---	---

Fuente: Elaboración propia

Propuesta para el modelo de atención a personas con VIH en edad reproductiva en Costa Rica

1. Principios del nuevo modelo

Garantizar una atención más individualizada, enfocada en la persona y no solo en la enfermedad. Brindar un enfoque a la cronicidad, por lo que la planificación de la atención debe ser a largo plazo. Fortalecer la cobertura integral tanto en zonas rurales como en urbanas, apoyándose del primer nivel de atención, se deben reforzar los derechos humanos desde la confidencialidad, consentimiento informado y la no discriminación. Promover mayor participación comunitaria en temas de prevención, seguimiento y apoyo emocional, así como más enfoque de género y de diversidad sexual.

2. Componentes estructurales

Diagnóstico temprano y vínculo del primer nivel de atención:

Implementar un tamizaje rutinario en los EBAIS y clínicas de las áreas periféricas, reconociendo a la población de riesgo, capacitar al personal del primer nivel de atención para ofrecer las pruebas, con empatía antes y después de realizada la prueba, garantizar la notificación del resultado positivo y la integración en el sistema digital, así como promover la realización de la prueba como un derecho, sin discriminación ni estigma.

Atención integral con equipos multidisciplinarios:

Se deben crear y fortalecer las unidades de atención integral al VIH, promover que el equipo contenga un médico tratante, psicólogo, trabajador social, farmacéutico y establecer protocolos de atención individualizada según la edad, género, embarazo y grupos vulnerables.

Seguimiento clínico:

Garantizar que la revisión de carga viral, adherencia al tratamiento y evaluación emocional se realicen desde el primer nivel de atención o en clínicas que se encuentren bajo la supervisión de las unidades de atención integral. Diseñar planes de seguimiento para pacientes, brindándoles un enfoque de autocuidado y preventivo. Establecer controles trimestrales, y permitir la realización de seguimiento por medio de telemedicina en aquellos casos en que los pacientes sean de zonas geográficas remotas.

Atención en salud sexual y reproductiva:

Se debe garantizar a los pacientes en edad reproductiva, infectados por el virus del VIH, que tengan acceso a anticonceptivos seguros con información pertinente, así como a asesorías con profesionales de la salud sobre preconcepción, que tengan valoración tanto ginecológica como

urológica de forma periódica, atención prenatal especializada si desea concebir (para un embarazo seguro), e integrar estos servicios a la consulta periódica del pacientes y no solo como prestaciones aisladas.

Salud mental y apoyo emocional:

Se debe recomendar a los pacientes recién diagnósticos que sean evaluados por psicología antes de la cita de control trimestral, se deben establecer protocolos breves para la evaluación de ansiedad, depresión y/o trauma. Y posterior a conocer el diagnóstico positivo, crear grupos de apoyo emocional y psicosocial entre pacientes con VIH, a los cuales se pueda asistir de forma presencial y virtual, las cuales pueden ser coordinadas por la CCSS, el ministerio de salud o bien por organizaciones comunitarias.

Prevención:

Ofrecer el tratamiento de profilaxis PrEP a todas las parejas de los pacientes positivos, personas con conductas de riesgo, personas trabajadoras sexuales con un seguimiento activo de la respuesta viral, mantener el tratamiento PrEP en urgencias y que se notifique de forma obligatoria su uso. Además, promover campañas educativas a la población en general y población clave, con respecto al *chemsex*, ETS, consentimiento, métodos de barrera y relaciones afectivas.

Integración del sistema de información:

Unificar el sistema de vigilancia de la boleta VE-01 con el sistema clínico brindado por la CCSS, automatizar las alertas de carga viral, la ausencia a controles y riesgo de abandono.

Sensibilización y capacitación del personal:

Crear capacitaciones sobre los derechos humanos y el VIH, trato digno, evaluar estrategias de adherencia e implementar el uso de tecnología para la adherencia al tratamiento, realizar talleres tanto presenciales como virtuales de forma obligatoria al menos una vez al año para el personal que trabaja con los pacientes que tienen VIH.

Participación comunitaria:

Establecer estrategias en colaboración con las organizaciones de las diferentes comunidades con el fin de promover el diagnóstico temprano, reducir el estigma y la discriminación hacia estos pacientes y asesorar sobre la reintegración social, laboral y educativa para los pacientes que presenten dificultades o miedos a ser juzgados en dichas áreas de su vida.

3. Ruta Clínica

Realizar tamizajes en atención primaria, mediante pruebas rápidas a las personas que presenten conductas de riesgo. En caso de resultado positivo, se deben enviar pruebas más especializadas, para detectar casos más temprano y así reducir el riesgo de contagio; asimismo, que estas tengan una vinculación inmediata con las unidades de atención integral una vez confirmado el diagnóstico por VIH.

Garantizar que, desde su primera consulta posterior al diagnóstico positivo, se brinde una atención multidisciplinaria evaluando el estado clínico paciente, su parte emocional y social, Además, que se brinde educación con respecto a la importancia del autocuidado y el compromiso que debe presentar con su tratamiento.

Iniciar el tratamiento antirretroviral de la forma más rápida posible una vez establecido el diagnóstico, explicar al paciente los efectos adversos que puedan presentar los fármacos, si tiene otras comorbilidades se debe tomar en cuenta el tratamiento actual y así evitar interacciones con el TAR, realizar un plan más personalizado tomando en cuenta los deseos de los pacientes y llevando a una mejor relación médico-paciente.

Establecer un seguimiento de manera trimestral, donde tengan apoyo emocional, Los seguimientos se puedan realizar de forma presencial y virtual, con la finalidad de beneficiar a los pacientes que viven en zonas rurales y se les dificulte llegar al centro clínico y, de esta manera, se puedan realizar seguimientos desde la atención primaria, descentralizando los mismos de los hospitales de segundo y tercer nivel.

Realizar evaluaciones anuales, en los que tengan una revisión integral con psicología, trabajo social y farmacia para tener un contexto más completo de la evolución del paciente, así como conocer la adherencia al tratamiento y reconocer factores que puedan llevar al abandono del tratamiento, así como la necesidad de un ajuste de tratamiento o bien de la detección de alguna comorbilidad.

4. Evaluación del protocolo

Se debe realizar una evaluación periódica del protocolo, de manera que se adecue a las necesidades de la población y las nuevas prácticas de riesgo que pueden llevar a un incremento de casos, o bien, que permita idear nuevas estrategias para que el país alcance la meta propuesta por ONUSIDA.

Algunos de los indicadores que se pueden utilizar para conocer la efectividad del protocolo son: evaluar los tiempos que pasan entre el momento del diagnóstico y la primera cita del control, conocer el porcentaje de los pacientes que tengan cargas virales indetectables a 6 y 12 meses, analizar la cobertura de salud mental y sexual, medir los niveles de satisfacción de los pacientes, así como realizar evaluaciones semestrales por parte del Ministerio de salud en conjunto con la CCSS y CONASIDA

El implementar estas acciones dentro del modelo de atención de personas con VIH en Costa Rica, podría permitir el desarrollo de una estructura más sólida, integral, participativa y centrada en la persona con esta patología, por lo que se integrarían las prácticas exitosas en el ámbito español, sin dejar de lado la realidad institucional, económica y geográfica del contexto Costarricense.

Ahora bien, para implementar estas prácticas se debe realizar de manera progresiva en el país, lo cual permitirá tener un mejor control en las prácticas que se ejecuten, así como los controles del VIH, con el debido fortalecimiento del primer nivel de atención, la reducción del estigma en los entornos sanitarios. Estas acciones garantizan que las personas infectadas tengan una vida con más dignidad, salud y acompañamiento, mejorándoles su calidad de vida.

Conclusión de la propuesta:

La adaptación de prácticas de un modelo integral, como lo es el *Chronic model*, representa para Costa Rica la oportunidad para transformar el manejo actual brindado a los pacientes con VIH, dado que permite fortalecer áreas como los EBAIS y garantizar una atención multidisciplinaria, integrando la salud sexual y mental de las personas.

Al aprovechar herramientas tecnológicas como el EDUS y otras aplicaciones móviles, el sistema de salud costarricense puede mejorar significativamente la detección temprana de la enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento y velar por la calidad de vida de aquellos que están infectados con el virus del VIH.

Incorporar la participación comunitaria, dar enfoque de género y realizar capacitaciones constantes al personal de salud permite una reducción de la estigmatización, una humanización de la atención y, a su vez, un empoderamiento a los propios pacientes.

La adaptación de este modelo al contexto institucional, a la Caja Costarricense del Seguro Social, así como a la situación económica y geográfica del país, permitiría una respuesta más equitativa, eficaz y digna, alineada con las evidencias internacionales como la española. Además, al incorporarse de forma paulatina, permitirá construir una atención sostenible, empática y centrada en el bienestar de quienes viven con esta enfermedad en Costa Rica.

Se presenta un diagrama de flujo de la propuesta de plan de manejo para pacientes VIH positivos en edad reproductiva en Costa Rica

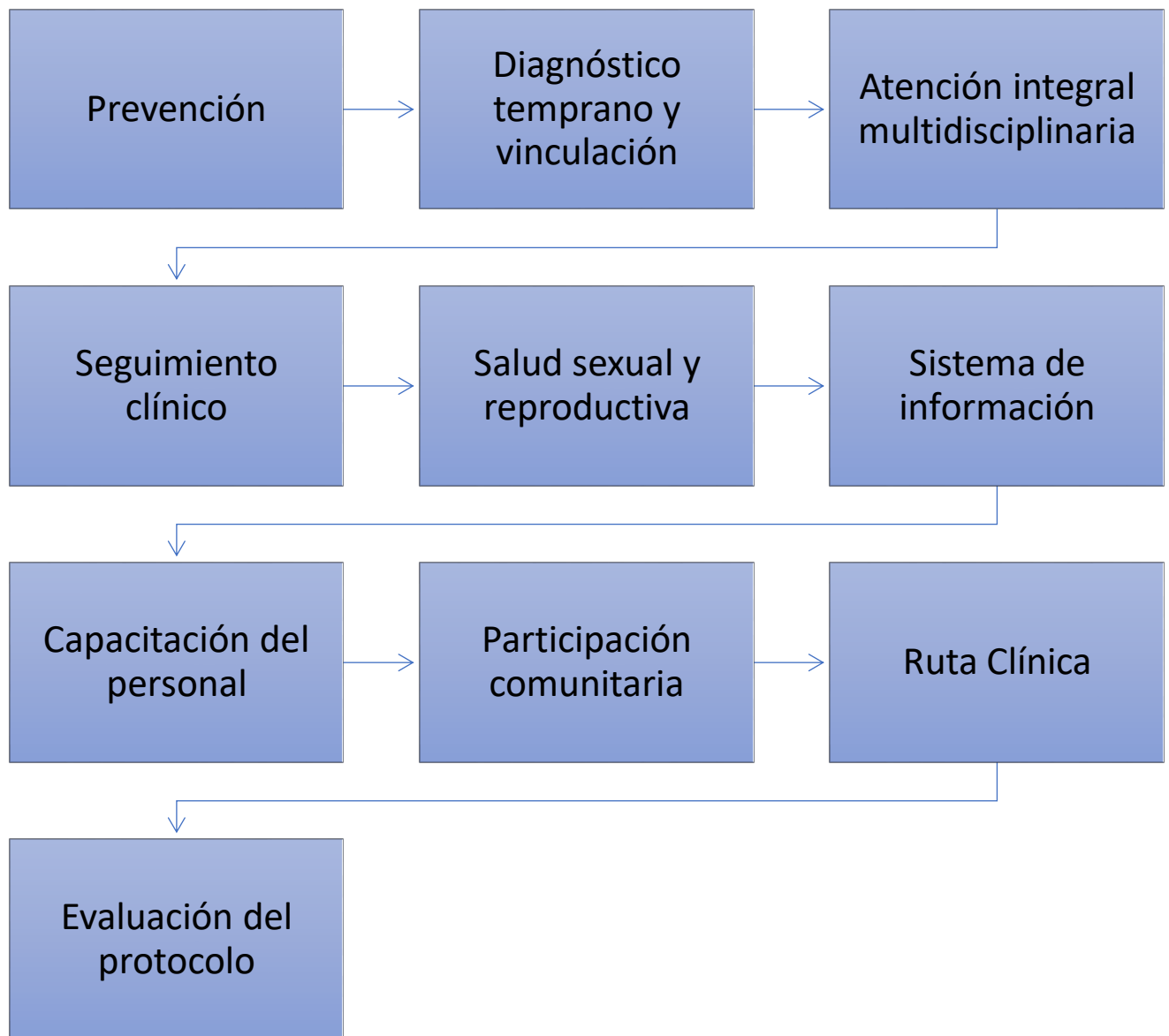


Diagrama de flujo 1. Propuesta de plan de manejo para pacientes con VIH positiva en edad reproductiva de acuerdo a la realidad costarricense

Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La presente investigación permitió realizar un análisis comparativo entre los modelos de atención a pacientes que viven con VIH positivo en edad reproductiva entre Costa Rica y España, lo que facilitó visualizar sus diferencias y la forma en la que impactan directamente en la calidad de la atención que se le brinda al paciente.

La integración de la experiencia española puede generar un avance en la atención costarricense, contribuyendo a la consecución de los objetivos globales y así cooperar con el cumplimiento de los objetivos globales para la erradicación del VIH como un problema de salud pública. Se exponen las principales conclusiones de acuerdo con los objetivos propuestos en esta investigación:

Objetivo específico 1:

Describir los componentes esenciales de los modelos de atención a pacientes con VIH positivo en edad reproductiva en Costa Rica y España, recopilando información sobre sus enfoques en diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Conclusiones

1. Se logra concluir que el diagnóstico temprano es un componente que determina la efectividad del modelo de atención, por lo que la limitada aplicación de pruebas diagnósticas en el primer nivel de atención y los diagnósticos tardíos dados en Costa Rica es lo que repercute negativamente en la respuesta clínica del paciente.
2. El acceso al tratamiento se brinda de forma gratuita en ambos países; no obstante, en Costa Rica, la excesiva centralización por el médico tratante y la carencia de acompañamiento social es lo que perjudica significativamente la adherencia al tratamiento.
3. Una de las mayores debilidades del modelo de atención costarricense es el seguimiento integral al paciente. Esto se debe a la limitada cantidad de especialistas, lo que perjudica la continuidad y la calidad en el cuidado a largo plazo.

Recomendaciones

1. Fortalecer los centros de salud del primer nivel de atención, incorporando tamizajes y detectando a la población clave (hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero o personas con prácticas de riesgo) con el fin de realizar diagnósticos tempranos
2. Implementar capacitaciones, para la atención de pacientes con VIH con enfoque en atención psicosocial, educación sexual y métodos de prevención al personal del primer nivel de atención.
3. Estandarizar el protocolo de seguimiento clínico, asignando profesionales capacitados, fortaleciendo el uso del EDUS y de herramientas digitales para recordatorios, seguimiento y consultas tanto presenciales como virtuales.

Objetivo específico 2:

Comparar las diferencias y similitudes en los modelos de atención de Costa Rica y España, analizando sus estrategias de tratamiento, acceso a medicamentos y políticas de salud.

Conclusiones

1. El modelo español incorporó tratamientos innovadores, mientras que Costa Rica mantiene un enfoque tradicional, lo que limita la eficacia tanto del tratamiento como del abordaje clínico en cuestión.
2. En Costa Rica el acceso al tratamiento se realiza de forma lenta y de una manera desigual a través del territorio nacional, concentrándose principalmente en la Gran Área Metropolitana y dejando desprotegidas las áreas rurales.
3. España presenta políticas de salud claramente definidas en su plan nacional para combatir el VIH, las cuales se basan en la evidencia científica y prácticas exitosas implementadas en otros países, lo que resulta en un sistema de salud enfocado en la atención individualizada de los pacientes.

Recomendaciones

1. Incorporar proyectos que ofrezcan variedad de esquemas terapéuticos al paciente y se permita especializar el tratamiento de acuerdo con las necesidades de los pacientes y disminuya efectos adversos
2. Establecer grupos de control en las áreas de salud del primer nivel de atención, desde donde se distribuyan medicamentos antirretrovirales, con la finalidad de que los pacientes diagnosticados no deban trasladarse hasta la Gran Área Metropolitana para poder acceder a su tratamiento.
3. Integrar en la consulta espacios para evaluar la salud mental, emocional y psicosocial de los pacientes, de forma trimestral, para implementar un modelo de atención más integral.

Objetivo específico 3:

Realizar una revisión de la literatura científica sobre las prácticas en la atención de pacientes con VIH en edad reproductiva, identificando y comparando los enfoques documentados en Costa Rica y España que han demostrado resultados positivos, con el fin de elaborar una propuesta de modelo de atención integral adaptada al contexto costarricense.

Conclusiones

1. España implementó con éxito el modelo de atención CCM, lo cual permitió transformar el manejo de la enfermedad hacia un enfoque crónico, fortaleciendo los EBAIS y garantizando la atención multidisciplinaria.
2. El modelo español integró las Tecnologías de Información y Comunicación para una mejor gestión y seguimiento clínico, mientras que Costa Rica aún enfrenta dificultades a pesar del uso del Expediente Digital Único en Salud (EDUS).
3. El modelo costarricense presenta obstáculos significativos como el alto nivel de estigmatización, lo cual dificulta el diagnóstico temprano y adherencia al tratamiento y seguimiento clínico.

Recomendaciones

1. Incorporar programas de autocuidado para personas con VIH al lineamiento de atención ya existente, así como incluir talleres los cuales fortalezcan la adherencia al tratamiento, nutrición y ejercicios
2. Integrar y difundir una guía para la atención de los pacientes con VIH a todos los centros de salud del país. En la guía se deben establecer exámenes, tamizajes, referencias y citas a realizar una vez establecido el diagnóstico.
3. Crear programas de capacitación anuales que sean dirigidos a todos personal de atención tanto médico, como enfermería, farmacia, trabajo social y psicología, e incorporar sesiones virtuales y presenciales.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía:

1. Rodríguez Montero, Pablo. (2018). Aspectos epidemiológicos del virus de inmunodeficiencia humana en costa rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 27(2), 118-126. Retrieved February 07, 2025, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292018000200118&lng=en&tlng=es.
2. Dimensión social del VIH y respuesta estatal [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X18302404>
3. Blamey Rodrigo, Sciaraffia Alicia, Piñera Cecilia, Silva Macarena, Araya Ximena, Ceballos M. Elena et al . Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional: Puesta al día. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2024 Abr [citado 2025 Feb 15] ; 41(2): 248-258. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182024000200248&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182024000200248>
4. Piran Camila Moraes Garollo, Valdés-Jara Angela, Yañez Leslie Villarroel, Gutiérrez-Carmona Andrés Antonio, Mendonça Raquel de Deus, Furtado Marcela Demitto et al . Repercusión de las crisis humanitarias en la salud de adolescentes y jóvenes con VIH y SIDA. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2024 Dez [citado 2025 Feb 10] ; serVI(3): e34382. Disponible en: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832024000100302&lng=pt. Epub 19-Nov-2024. <https://doi.org/10.12707/rvi24.13.34382>.
5. Carrillo Maravilla Eduardo, Villegas Jiménez Armando. El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. *Rev. invest. clín.* [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2025 Feb 15] ; 56(2): 130-133. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200003&lng=es.
6. RMDS. Nuevos modelos asistenciales dirigidos a personas con VIH [Internet]. *Revistamultidisciplinardelsida.com*.2019 [citado el 14 febrero de 2025]. <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/download/nuevos-modelos-asistenciales-dirigidos-a-personas-con-vih/>
7. Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH [Internet]. [cited 2023 Feb 3]. Available from: https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/documents/vhc2-es-modelo-optimo-atencion-vih.pdf
8. Berenguer J, Álvarez D, Dodero J, Azcoaga A, editors. Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección por VIH . Elsevier [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb 17];(36):45–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X18302477>
9. Hernando V, Nuñez O, Diaz A. Actualización del continuo de atención del VIH en España 2021-2023. Ministerio de Sanidad [Internet]. 2006; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Continuo_atencion_VIH_mayo_2023.pdf

10. Pineda JER, Morales Z del CT, Garzón SAR. Participación social y comunitaria frente a la respuesta al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2024;28:e230152. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.230152>
11. Troche-Gutierrez Ingrid Yolercy. Atención de las personas que viven con VIH en el Sistema de Salud Colombiano: perspectivas de pacientes, cuidadores y personal de salud. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2024 [citado 2025 Feb 16] ; 98: e202403020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272024000100116&lng=es. Epub 21-Dic-2024.
12. Kauss, Bruno et al. Reincidentes en el cuidado, pero sin derecho a la prevención: un análisis de la oferta de la profilaxis posexposición sexual al VIH en Porto Alegre, Brasil. *Salud Colectiva* [online]. v. 16 [Accedido 15 Febrero 2025] , e2463. Disponible en: <<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2463>>. ISSN 1851-8265. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2463>.
13. Rodríguez Ortiz Nicolás, Saa Aguilera Diego, Bastidas Leal Lorena, Ross Pérez Patricio, Ceballos Valdivielso M. Elena. Orientaciones para el manejo ambulatorio de adultos que viven con VIH en Chile. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2024 Abr [citado 2025 Feb 15] ; 41(2): 259-281. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182024000200259&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182024000200259>.
14. Gómez-Mercado Carlos Alberto, Madrigal-Cadavid Juliana, Rendón-Montoya Alejandra, Hincapié Ana María, Giraldo-Álzate Newar Andrés, Estrada-Acevedo Jorge Iván et al . Aspectos farmacológicos y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [Internet]. 2023 Dec [cited 2025 Feb 15] ; 55: e16. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072023000100016&lng=en. Epub Nov 21, 2023. <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23063>.
15. PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS ITS 2021-2030 en España [Internet]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Prevenccion_y_Control1.pdf
16. Villa-Fuentes Javier, Guerra-Guerrero Verónica. INCERTIDUMBRE DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA EN CHILE. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2024 [citado 2025 Feb 16] ; 30: 13. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532024000100210&lng=es. Epub 11-Nov-2024. <http://dx.doi.org/10.29393/ce30-13ipjv20013>.
17. Koerting, Ana et al. VIH y derechos humanos: acción política para alcanzar cero estigma. *Revista Española de Salud Pública.* v. 98, e202402010. Disponible en: <>. ISSN 2173-9110.
18. Iturrieta María Paz, Wolff Marcelo. Evaluación comparativa de medición de linfocitos CD4+ por dos técnicas: estándar nacional versus test rápido de ejecución local. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2023 Ago [citado 2025 Feb 16] ; 40(4): 370-373. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182023000400370&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182023000400370>.
19. De la Mora L, Mallolas J, Ambrosini J. [Internet]. Epidemiología, tratamiento y pronóstico de la infección VIH en 2024: revisión práctica. *Medicina Clínica.* 2024; 162; 535-541

[citado el 2025 Feb 13]:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002577532400006X?via%3Dihub>

20. Muelas Fernandez M, et al. Prevalencia de diagnóstico tardío en infección por VIH. *Med Clin (Barc)*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.01.029>
21. Bouabida K, Chaves BG, Anane E. Challenges and barriers to VIH care engagement and care cascade: viewpoint. *Front Reprod Health* [Internet]. 2023;5:1201087. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/reproductive-health/articles/10.3389/frph.2023.1201087/full>
22. Pérez J, Ryan P. Personalizando el cuidado hacia una óptima calidad de VIHda. *Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*. 2024; 12(32).
23. Martínez-Sanz Javier, Losa-García Juan E, Orozco Nuria, Alastrué Ignacio, Mascort Juanjo, Pérez-Elías María Jesús. Resumen ejecutivo del documento de consenso sobre el manejo compartido del paciente con infección por VIH entre Atención Primaria y Hospitalaria,. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2024 [citado 2025 Feb 16] ; 17(1): 45-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2024000100006&lng=es. Epub 22-Mar-2024. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.170107>.
24. León Bratti María Paz. Infección por VIH: la pandemia del siglo XX que no nos abandona. *Acta méd. costarric* [Internet]. 2022 Sep [cited 2025 Feb 15] ; 64(3): 1-3. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022022000300001&lng=en.
25. Protocolo Nacional de Vigilancia de la infección por VIH y las infecciones de transmisión sexual [Internet]. Ministerio de Salud . 2022 [cited 2025 Feb 13]. Available from: <http://www.conasida.go.cr/docman/conasida/normativas-y-lineamientos/207-protocolo-nacional-de-vigilancia-de-la-infeccion-por-vih-y-las-infecciones-de-transmision-sexual/file>
26. Mora-Castro DV, Marín-Picado BO. Intervenciones psicológicas para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral: Revisión sistemática y metaanálisis. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines* [Internet]. 2023 Jan 18 [cited 2025 Feb 16];40(2). Available from: <https://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v40n2/1668-7027-Interd-40-02-00116.pdf>
27. Prieto-Domínguez Tatiana, Sariol-Resik Pablo, Fonseca-Gómez Carlos Miguel, Resik-Aguirre Sonia, Kouri-Cardellá Vivian, Baldoquin-Rodríguez Waldemar. Selección del tratamiento de rescate en pacientes con VIH-1: respuesta y supervivencia. *Acta méd. costarric* [Internet]. 2021 Sep [cited 2025 Feb 28] ; 63(3): 159-168. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022021000300159&lng=en. <http://dx.doi.org/10.51481/amc.v63i3.1133>.
28. Boza-Cordero Ricardo. VIH/sida y epigenética. *Acta méd. costarric* [Internet]. 2023 Mar [cited 2025 Feb 15] ; 65(1): 3-11. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022023000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.51481/amc.v65i1.1247>.
29. Chamorro Lourdes. Vih y sida en España. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2004 Dic [citado 2025 Feb 23] ; 78(6): 665-668. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000600001&lng=es.
30. Martins Maria Isabel Morgan, Alves Camila da Silva, Santos Ana Maria Pujol Vieira dos. Perfil de personas sexualmente expuestas atendidas en un servicio especializado de atención

- de ETS/SIDA. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 2025 Mar 21]; 19(60): 379-408. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400014&lng=es. Epub 21-Dic-2020. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.422511>.
31. Mascort J, Carrillo R, Alaustre I, Zarco J, Aguado C, Rodríguez B, et al. Profilaxis pre exposición de la infección por el VIH y Atención Primaria . Elsevier . 2020;3(52):137–9.
 32. Herrera A. Efectos adversos relacionados con la exposición a la terapia antirretroviral durante el embarazo: Revisión bibliográfica . Universidad de Cantabria [Internet]. 2022 [cited 2025 May]; Available from: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25007/2022_DiegoHerreroA.pdf?sequence=1
 33. Calleja-Hernández Miguel Ángel, Martínez-Sesmero José Manuel, Vallejo-Aparicio Laura Amanda, Hernández-Novoa Beatriz, Badía Xavier. Contribución de cabotegravir + rilpivirina de acción prolongada al tratamiento de la infección por VIH-1. *Farm Hosp.* [Internet]. 2022 Ago [citado 2025 Mar 01]; 46(4): 208-214. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432022000400002&lng=es. Epub 23-Sep-2022. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.11845>.
 34. Lineamiento para la profilaxis pre-exposición al VIH en Costa Rica. Ministerio de Salud Costa Rica.
 35. Laguno M, Ugarte A, Martínez M, Sobrino Y, Font G, Ambrosini E, et al. Experiencia de un programa de profilaxis preexposición en una unidad de virus de la inmunodeficiencia humana hospitalaria. Descripción del perfil basal del usuario e identificación de oportunidades de mejora . 2021 May 25;(41):24–8.
 36. PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [Internet]. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2024 [cited 2025 May]. Available from: <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-20de-20vigilancia-20de-20infecci-c3-b3n-20por-20el-20virus-20de-20la-20inmunodeficiencia-20humana-pdf>
 37. Castro Ángeles, Díaz Pilar, Domingo Pere, García-Yubero Cristina, Losa-García Juan E, Castro Antonio et al . Análisis de los costes asociados al seguimiento de pacientes con VIH que discontinúan el tratamiento antirretroviral por falta de eficacia o toxicidad inaceptable en España. *Farm Hosp.* [Internet]. 2022 Dic [citado 2025 Mar 21]; 46(6): 327-334. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432022000600003&lng=es. Epub 16-Ene-2023. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.13038>.
 38. Protocolo Nacional de vigilancia de la infección por VIH y las infecciones de transmisión sexual . Ministerio de Salud [Internet]. 2022 Nov 29 [cited 24AD Feb];1. Available from: <http://www.conasida.go.cr/docman/conasida/normativas-y-lineamientos/207-protocolo-nacional-de-vigilancia-de-la-infeccion-por-vih-y-las-infecciones-de-transmision-sexual/file>
 39. Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA. Ministerio de Salud . 2024 [citado 24 de febrero de 2025]
 40. Plan estratégico para la prevención y control de la infección por el VIH y las ITS en España. Ministerio de Sanidad . 2023

41. Ramírez G, Gómez D, Zagal T, Toledano C, De León C. Salud digital para promover la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/sida: metarevisión. Elsevier. 2024 Feb 13;(48):252–8.
42. Ramos M, Berzosa A, Carrasco I, Diaz A, Jarrín I, Prieto L, et al. Experiencia de la cohorte nacional de mujeres embarazadas que viven con VIH y sus hijos en España: evolución de la transmisión materno-infantil de VIH e infecciones asociada . Elsevier. 2024 Jul 10;(101):249–57.
43. Contreras E, Gutierrez A, Pineda J, Morillo R. Análisis de la interrupción de la terapia antirretroviral en personas que viven con VIH/sida durante el periodo 2010-2021. Elsevier. 2023 Dec 12;(48):T101–7.
44. Martin M, Monte E, Navarro H, Robustillo M, Rodríguez C, Serrano J, et al., editors. Actualización 2022 de los indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica a las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana . Elsevier . 2023 Apr 18;(47):113–20.
45. Coll P, Jarrín I, Martínez E, Martínez J, Domínguez R, Castro A, et al., editors. Achieving the UNAIDS goals by 2030 in people living with HIV: A simulation model to support the prioritization or health care interventions. Elsevier . 2022 Jul 26;(41):589–95.
46. Segovia-Bascón Paula. Conocimiento sobre chemsex, profilaxis pre-exposición contra el VIH (PrEP) y entrevista sexual en atención primaria: ¿Estamos preparados? [Evidencia comentada]. Ene. [Internet]. 2024 [citado 2025 Mar 20] ; 18(1): 3558. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2024000100010&lng=es. Epub 02-Ago-2024.
47. Guiu S, editor. Importancia del diagnóstico precoz [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://www.gta-huse.com/wp-content/uploads/2024/02/Curso2024VIH-2-diagnosticoprecoz.pdf>
48. Hernandez M, Lagarejos E, Cárdenas M, Granados R, Pavón J, Pena MJ. Oportunidades perdidas de diagnóstico de la infección por el VIH en pacientes con diagnóstico tardío en el entorno hospitalario (2015-2021). Scielo. 2023 Mar 10;
49. Ferran S, Fonseca H, Font R. La prevención primaria del VIH en Cataluña en Atención Primaria y en centros penitenciarios . 2027 Sep [cited 2025 Mar 19];10(27). Available from: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD89650.pdf>
50. Álvarez Felipe Constenla, Turrini Ruth Natalia Teresa, Valladares-Pérez Salvador. Disponibilidad y características de programas de profilaxis farmacológica preexposición (PrEP) para la prevención de la transmisión de VIH en Latinoamérica: revisión de alcance. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2024 Dic [citado 2025 Mar 21] ; 41(6): 698-710. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182024000600698&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182024000600158>.
51. Mueses H, Narvaez M, Alvarado B, Bolívar M, Camargo P, Galindo X, et al. Identificación de barreras y facilitadores para el uso de la profilaxis para el VIH (PrEP) en hombres gay y bisexual . Scielo. 2024 Jul;20(2).
52. Urioste Alejandra. Actualización en marcadores inmunológicos en el estudio de la infección por HIV: aportes desde el laboratorio clínico. Acta bioquím. clín. latinoam. [Internet]. 2023 Jun [citado 2025 Mar 21] ; 57(2): 191-201. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572023000200191&lng=es.

53. Tapullima C. Factores relacionados con la ansiedad y la depresión en pacientes con VIH en un hospital clínico . Scielo [Internet]. 2022 Dec 19 [cited 2025 Mar 19];25(2):55–71. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rip/v25n2/1560-909X-rip-25-02-55.pdf>

ANEXO A

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Damiela Mora Bradly Marín/ Scielo/ 2023	26	Intervenciones psicológicas para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral	Metaanálisis	1	Personas con diagnósticos de VIH	Revisión de estudios primarios	La muestra total de los estudios fue de 1669 participantes, se emplearon métodos de psicoeducación, apoyo social, intervenciones individuales, en pareja, grupales o mixtas. En los 15 estudios se demostró incremento significativo de la adherencia al tratamiento, sin embargo existió sesgo de publicación y se estableció que se deben ajustar los métodos existentes en lugar de generar

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							nuevos.
Javier Restrepo Zulma Tabares Sergio Rodríguez/ SciELO/ 2024	10	Participación social y comunitaria frente a la respuesta al virus de inmunodeficiencia humana	Estudio Analítico	2	Personas de instituciones públicas y privadas que prestan servicios en temas de VIH, personas de población de riesgos	Cualitativa	Se realizaron 15 entrevistas a personas de entidades públicas y privadas, a dos organizaciones y personas de poblaciones de riesgo en donde se evidenció la necesidad de mejoras de programas informativos, de salud sexual, así como abarcar el problema de la estigmatización y fortalecer las redes de apoyo comunitario
Rodrigo Blamey	3	Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional: Puesta al	Estudio transversal	3	Personas con diagnóstico de VIH	Cualitativo	Se determinó la disminución global de casos de VIH, no

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Alicia Sciaraffia Cecilia Piñera Macarena Silva Ximena Araya Elena Ceballos/ Scielo/ 2024		día					se llegaron a las metas establecidas por la OMS para el 2020, sin embargo, los países latinoamericanos ha presentado un incremento de migraciones, siendo Chile y Costa Rica los más afectados, por lo que esto ha afectado la epidemia y resaltó la necesidad de esfuerzos continuos en prevención y tratamiento
Carlo Gomez Julia Madrigal Alejandra	14	Aspectos farmacológicos y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH	Estudio Analítico	2	Personas con diagnóstico de VIH, sin tratamiento antirretroviral	Observacional	Se incluyeron 9835 pacientes, en los cuales 19,4% presentaban no adherencia al tratamiento, se

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Rendón Ana Hincapie Newar Giraldo							detectaron efectos que confundían al paciente, esquemas de más de 3 fármacos, presentaban disminución de la adherencia y se estableció la implementación de herramientas tecnológicas para mejorar la adherencia
Magda Fernandez Jhon Fredy Rojas Rafael Vidal Antonia Pérez Alfons Reula	20	Prevalencia de diagnóstico tardío en infección por VIH	Estudio Analítico	2	Personas con diagnóstico de VIH	Observacional	El 44,6% de los paciente fueron diagnósticos tardíamente, se observó una mayor tendencia en pacientes de 40 años y existio2 falta de cribado en pacientes de población de riesgo, ya que no

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Joseph Mallolas/ Elsevier/ 2020							fueron testeados de manera adecuada
Elena Ceballos Claudia Cortés Loreto Twele Rodrigo Muñoz/ SciELO/ 2024	9	Actualización del continuo de atención del VIH en España 2021-2022	Estudio Analítico	2	Personas con diagnóstico de VIH	Observacional	España la supero la meta de 90-90-90 de ONUSIDA para 2020, el número de personas incrementó un 12,8%, las que se encuentran crecieron un 11% y la personas con carga viral suprimida s aumentó un 10,9%
Lorena de la Mora Josep Mallolas Juan Ambrosio/	19	Epidemiología, tratamiento y pronóstico de la infección VIH en 2024: revisión práctica	Estudio de casos	2	Personas con diagnóstico de VIH	Observacional	Se detectaron escasos estudios con valoración del TAR a largo plazo, se observó el inicio de comorbilidades a más temprana edad, pero

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Elsevier/ 2024							el TAR mejoró la expectativa de vida, por lo que en el futuro se espera igualar la esperanza de vida a la población general
Tatiana Prieto Pablo Sariol Carlos Fonseca Sonia Resik Vivian Kouri Waldemar Baldoquin/ Scielo/ 2021	27	Selección del tratamiento de rescate en pacientes con VIH-1: respuesta y supervivencia	Estudio de Cohorte	2	Personas con diagnóstico de VIH	Observacional	Los pacientes en los que se usó la prueba genotípica de resistencia grupo A, tuvieron 1.44 veces más probabilidad de alcanzar supresión vírica, a los 12 meses se presentó un incremento de linfocitos CD4+ y un mayor porcentaje del grupo A alcanzó >200 CD4+, mientras que el grupo B no presentó diferencia estadística. La

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							incidencia de enfermedades oportunistas y mortalidad disminuye
Ingrid Troche/ Scielo/ 2024	11	Atención de las personas que viven con VIH en el Sistema de Salud Colombiano: perspectivas de pacientes, cuidadores y personal de salud	Estudio Analítico	2	Pacientes, cuidadores y personal de salud	Observacional	Se documentaron fallas en sistema educativo e informativo, múltiples barreras en el acceso. La pobreza es un factor que incrementa la vulnerabilidad y la atención en salud muchas veces ignora el contexto socioeconómico de los pacientes y la estigma en el sistema de salud afectan la calidad del servicio

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
MA Calleja JM Martinez LA Vallejo B Hernandez X Badia / Scielo/ 2022	33	Contribución de cabotegravir + rilpivirina de acción prolongada al tratamiento de la infección por VIH-1	Estudio Analítico	2	Profesionales de la salud y representantes de asociaciones de pacientes	Observacional	Se detectaron necesidades no cubiertas, sin embargo, no hubo diferencias a los tratamientos orales y se presentó un mejor resultado a la adherencia y reducción del estigma
Bruno Kauss Andrea Fachel Alexandre Grangeiro Marcia Thereza/ Scielo / 2020	12	Reincidentes en el cuidado, pero sin derecho a la prevención: un análisis de la oferta de la profilaxis posexposición sexual al VIH en Porto Alegre, Brasil	Estudio de caso	2	Profesionales de la salud	Cualitativo	Se identificaron problemas como problemas sociales, acceso a vivienda, saneamiento básico y creciente violencia urbana en el acceso a la profilaxis, se estableció la necesidad de un profesional que

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							brindara una buena educación a los pacientes reincidentes y se constató la preocupación de los profesionales en que algunas personas tuvieran relaciones sexuales sin protección
María Paz León/ Scielo/ 2022	24	Infección por VIH: la pandemia del siglo XX que no nos abandona	Opinión de experto sin diseño experimental	5	Personas con diagnóstico VIH	Revisión bibliográfica	África Subsahariana es el lugar más afectado, con dos tercios de los casos globales, si bien la lucha contra el VIH ha avanzado significativamente, resaltando a los no detectables, no transmisibles y se determinó que la mejor estrategia

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							contra el VIH es la detección temprana
Javier Martínez Juan Losa Nuria Orozco Ignacio Alastrue Juan Mascort Maria Perez	23	Resumen ejecutivo del documento de consenso sobre el manejo compartido del paciente con infección por VIH entre Atención Primaria y Hospitalaria	Serie de casos	4	Personas con diagnóstico de VIH	Observacional	Se establece la importancia del mejoramiento en el diagnóstico y cribado, para optimizar la detección temprana en Atención Primaria y se determinó que la implementación de un modelo de atención compartida permite un mejor control de la enfermedad. Se determinó el reforzamiento en la investigación, formación y sensibilización

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Ana Koerting Nestor Nuño Carlos Peralta Javier Gómez Julia del Amo/ SciELO/ 2024	17	VIH y derechos humanos: acción política para alcanzar CERO estigma	Opinión de expertos	5	Personas con diagnóstico de VIH en España	Cualitativa	Se reconoce el estigma como un problema asociado al VIH que impide el acceso equitativo a la salud, el trabajo y la educación. Se indica a necesidad de abordar los problemas a nivel legal, social y sanitario
Jorge Garrido Adriá Curran Margarita Ramírez Javier Sánchez/ SciELO/ 2024	22	Personalizando el cuidado hacia una óptima calidad de VIHda	Serie de casos	4	Personas con diagnóstico de VIH en España	Descriptivo	Destaca la evolución del modelo de atención, enfatizando calidad de vida, atención personalizada y multidisciplinariedad, se destacó la prevalencia de problemas de salud mental en pacientes

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							con VIH y se determinó un enfoque multidisciplinario clave para su abordaje

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Ricardo Boza / Scielo / 2023	28	VIH/sida y epigenética	Estudio de casos	3	Personas con diagnóstico de VIH	Observacional	La persistencia del VIH es debido al reservorio celular que queda latente, en esto el mecanismo de la metilación del ADN, modificaciones en histonas y el ARN no codificante juegan un papel en la reactivación del virus. También se llegó a la conclusión que los fármacos epigenéticos modifican la respuesta inmune y la inflamación crónica

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
María Paz Iturrieta Marcelo Wolff / Scielo/ 2024	18	Evaluación comparativa de medición de linfocitos CD4+ por dos técnicas: estándar nacional versus test rápido de ejecución local	Estudio transversal	3	Pacientes con diagnóstico de VIH	Observacional	Se determinó la variación entre los dos resultados, de un 10% y en ninguno de los métodos se reportaron casos idénticos, su correlación fue elevada por lo que indica que es una prueba confiable y su implementación puede reducir el número de visitas de los pacientes, sin embargo, la prueba rápida no reemplaza la prueba estándar.
Griselda Ramírez Diana Gómez	41	Salud digital para promover la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con	Revisión sistemática	1	Pacientes españoles con diagnóstico de VIH	Análisis estudios primarios	Se estudiaron un total de 15311 pacientes con VIH, en los que se vieron

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Tania Zagal Cairo Toledano Christian Díaz de León/ Elsevier / 2024		VIH/sida: meta revisión					beneficiados de las intervenciones de e-salud como llamadas telefónicas, telesalud, uso de dispositivos electrónicos, conteo de píldoras sustentando la mejora de resultado en la adherencia del tratamiento
Marta Ramos Arantxa Berzosa Itziar Carrasco Asunción Díaz Inmaculada Jarrín Luis Prieto	42	Experiencia de la cohorte nacional de mujeres embarazadas que viven con VIH y sus hijos en España: evolución de la transmisión materno infantil de VIH e infecciones asociadas	Estudio de Cohorte	2	Mujeres españolas embarazadas con VIH	Observacional, descriptivo y prospectivo	Se recogió una muestra de 414 pares de mujeres embarazadas con VIH, en el que en un 80,4% se estableció el diagnóstico antes del embarazo, se determinó que la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Rosa Rodríguez Luisa Navarro José Tomás / Elsevier/ 2024							mayoría eran migrantes, con el régimen antirretroviral no se estableció transmisión, sin embargo la tasa de mortalidad infantil por el VIH es del 0,72%
Enrique Contreras Antonio Gutierrez Juan Pineda Ramón Morillo/ Elsevier/2023	43	Análisis de la interrupción de la terapia antirretroviral en personas que viven con VIH/sida durante el periodo 2010-2021	Estudio Cohorte	2	Personas con diagnóstico de VIH que interrumpieron tratamiento antirretroviral	Observacional	Se analizaron a 789 personas con infección de VIH, donde un 81,5% eran hombres con edad promedio de 47 años, se identificó que el principal motivo de interrupción fue por simplificación del tratamiento.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							En los años 2010-2015 el principal motivo fueron los afectos adversos, en los años 2016-2021 la principal fue la optimización
Laguno M, Ugarte A, Martínez M, Sobrino Y, Font G, Ambrosini E, et al/ Elsevier/ 2021	35	Experiencia de un programa de profilaxis preexposición en una unidad de virus de la inmunodeficiencia humana hospitalaria. Descripción del perfil basal del usuario e identificación de oportunidades de mejora	Estudio descriptivo	4	Pacientes en programa de profilaxis	Estudio retrospectivo	Se estudiaron a 190 personas que se encontraban incluida en el PrEP, en el que la edad media era de 35 años y realizaban prácticas sexuales de riesgo y se reportó un número elevado de uso de drogas en el contexto sexual

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Martin M, Monte E, Navarro H, Robustillo M, Rodríguez C, Serrano J, et al/ Elsevier /2023	44	Actualización 2022 de los indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica a las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana	Opinión de expertos	5	Profesionales de la salud	Cualitativo	Se realizaron 60 indicadores clave y 19 indicadores avanzados y se realizaron dos rondas Dolphi como método para evaluar los indicadores, estos indicadores permitieron un enfoque más preciso en la atención farmacéutica, sugiriendo la implementación de un observatorio web
Coll P, Jarrín I, Martínez E, Martínez J, Domínguez R, Castro A, et	45	Achieving the UNAIDS goals by 2030 in people living with HIV: A simulation model to support the prioritization or health care	Análisis de casos	3	Profesionales de salud y pacientes con diagnóstico de VIH con supresión	Observacional	Se utilizó un modelo de simulación para evaluar las

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
al/Elsevier/2022		interventions.			viral		intervenciones de mejora, se emplearon 8 intervenciones diagnosticas, tres de tratamiento y 8 de supresión viral. Se detectaron barreras como la estigma, falta de acceso a pruebas y falta de concientización
Pablo Rodríguez/ Scielo/ 2018	1	Aspectos epidemiológicos del virus de inmunodeficiencia humana en Costa Rica	Estudio de casos	3	Personas Costarricenses con diagnostico de VIH	Observacional	Se determinó que el grupo más afectado son los hombres y los grupos más afectado en CR son los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, con

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							edades entre los 20 y 44 años
Juan Berenguer Daniel Álvarez Javier Dodero Amaya Azcoaga/ Elsevier/ 2018	8	Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección por VIH	Serie de casos	4	Personas con diagnóstico de VIH en España	Cualitativa	Dentro de los principales hallazgos son, disminución de las enfermedades del SIDA, aumento de comorbilidades crónicas y se deben usar modelos de gestión similares al de patologías crónicas
María Fuster Emilio de Benito Antonio Poveda Izabella Rohlf	2	Dimensión social del VIH y respuesta estatal	Revisión bibliográfica	4	Personas con diagnóstico de VIH	Cualitativa	En 2012, 29% de población española, intentaba evitar el contacto con personas VIH, existían creencias erróneas sobre la transmisión, 43%

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Eugenia Sampedro/ Elsevier/ 2018							de las personas que se realizaron la prueba mencionaron temor al rechazo
Ander Rojo Patricia Arratibel Rafael Bengoa/Google academic/ 2019	7	Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH	Estudio Analítico	2	Pacientes con diagnóstico de VIH	Observacional	Determinó desafíos como carencia en procesos de aprendizaje, falta de metas y objetivos, no se midieron el cumplimiento de las guías interpuestas y existió falta de coordinación de trabajadores sociales y profesionales de la salud

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Mascort J, Carrillo R, Alaustre I, Zarco J, Aguado C, Rodríguez B, et al./ Elsevier/ 2020	34	Profilaxis pre exposición de la infección por el VIH y Atención Primaria	Opinión de expertos	5	Población de riesgo con prácticas sexuales de riesgo	Cualitativa	Estudio PROUD demostró que la PrEP redujo de forma significativa el riesgo de infección por VIH a personas con adherencia al tratamiento y el estudio IPERGAY encontró una reducción significativa y se destacó el seguimiento médico a los 3 meses
Paula Segovia/ Scielo/ 2024	46	Conocimiento sobre Chemsex, profilaxis pre-exposición contra el VIH (PrEP) y entrevista sexual en atención primaria ¿Estamos preparados?	Estudio transversal	3	Profesionales de la salud	Observacional	De 157 profesionales que respondieron la encuesta, un 11.4% realizaron la entrevista sexual en

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							la primera consulta, se identificó la falta de conocimiento de atención primaria, una baja frecuencia en las entrevistas sexuales y valorar estigma y barreras
Sandra Guiu	47	Importancia del diagnóstico precoz	Serie de casos	3	Personas con diagnóstico de VIH	Observacional	Se realizaron 435 estudios en 1 que 49.4% fue diagnosticado tardíamente, principalmente en servicios de atención primaria, por lo que continua siendo elevado, por lo que se debe alertar y reforzar estrategias de cribado

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Hernández M Lagarejos E Cárdenas M Granados R Pavón J Pena MJ/ Google academic/ 2023	48	Oportunidades perdidas de diagnóstico de la infección por el VIH en pacientes con diagnóstico tardío en el entorno hospitalario	Estudio de casos	3	Pacientes con diagnóstico de VIH	Observacional	Se diagnosticaron 358 personas con VIH en el periodo 2015-2021, se detectaron 62 pacientes con diagnósticos tardíos y 139 oportunidades perdidas para diagnosticar el VIH y en los años previos al diagnóstico se desaprovecharon múltiples oportunidades para detectar el VIH

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Sandra Ferran Helena Fonseca Roser Font/ Scielo/ 2022	49	La prevención primaria del VIH en Cataluña en Atención primaria y en centros hospitalarios	Revisión bibliográfica	5	Personas privadas de libertad con riesgo de contraer VIH	Cualitativa	Se detectó una baja realización de pruebas dagnosticas, limitación en el acceso al tratamiento de profilaxis, con mayor frecuencia los diagnosticos tardíos se presentaron en personas migrantes, trabajadores sexuales y aquellos que usan drogas. El cribado de privados de libertad encontro2 un 73.4% de casos de VIH asociado al uso de jeringas

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Bouabida K, Chaves BG, Anane E/ Scielo/ 2023	21	Challenges and barriers to HIV care engagement and care cascade: viewpoint	Opinión de expertos	5	Personas que viven con diagnóstico de VIH	Cualitativa	La discriminación social y el auto estigma dificultan que las personas busquen y mantengan la atención en medicina, es importante mantener un enfoque colaborativo en el cual se involucren a los pacientes para formular políticas y comunidades.
Felipe Constela Ruth Teresa	50	Disponibilidad y características de programas profilaxis farmacológica preexposición (PrEP) para la prevención de	Estudio de casos	4	Población de riesgo para contraer VIH	Observacional	Se identificó el PrEP en 14 países de los 17 que fueron estudiados y

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Salvador Valladares/Scielo/2024		la transmisión de VIH en Latinoamérica: revisión de alcance					los programas se encuentran dirigidos a personas mayores de 18 años, se avanzó en la implementación de la profilaxis, pero sigue siendo necesario el fortalecimiento de las políticas públicas en Latinoamérica
Mueses H, Narvaez M, Alvarado B, Bolívar M, Camargo P, Galindo X, et al./Scielo/2024	51	Identificación de barreras y facilitadores para el uso de la profilaxis para el VIH (PrEP) en hombres gay y bisexuales	Revisión bibliografía	5	Población de riesgo	Cualitativo	Se identificaron barreras principalmente en hombres gay y bisexuales, por lo que se necesita más información accesible y dirigida

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							a poblaciones vulnerables, promover alternativas como la PrEP y uso de entrevistas con el fin de promover la adherencia.
Urioste Alejandra/Scielo/ 2023	52	Actualización en marcadores inmunológicos en el estudio de la infección por HIV: aportes desde el laboratorio clínico	Revisión bibliográfica	5	Personas con diagnóstico de VIH	Cualitativo	Los métodos actuales incluyen pruebas de detección de anticuerpos y antígenos, PCR para carga viral y recuento de linfocitos CD4+ y CD8+ mediante citometría de flujo, se ha observado alteraciones hematológicas y se

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							identificación poblaciones de linfocitos CD4+ naive y células T de memoria
Castro Ángeles, Díaz Pilar, Domingo Pere, García-Yubero Cristina, Losa-García Juan E, Castro Antonio et al/Scielo/ 2022	37	Análisis de los costes asociados al seguimiento de pacientes con VIH que discontinúan el tratamiento antirretroviral por falta de eficacia o toxicidad inaceptable en España.	Revisión bibliográfica	5	Pacientes con VIH	Cualitativa	El costo se estimó en euros, siendo el valor del total por cada paciente un aproximado de 5.304 euros, por lo que impacta el seguimiento de aquellos pacientes que discontinúan el TAR, siendo importante la minimización de los cambios
Martins Maria Isabel Morgan, Alves Camila da Silva, Santos Ana Maria Pujol Vieira	30	Perfil de personas sexualmente expuestas atendidas en un servicio especializado de	Estudio transversal	3	Población general	Cuantitativo	En cuanto a las pruebas serológicas, el

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
dos/Scielo/2020		atención de ETS/SIDA					63,3% de la pareja del infectado desconocía la serología de la pareja y la principal vía de exposición fue la vaginal, se detectó que la población de alto riesgo con baja adherencia al tratamiento no regresó para el seguimiento, por lo que estableció estrategias de prevención como campañas de concientización
Tapullima C/Scielo/2022	53	Factores relacionados con la ansiedad y la depresión en pacientes con VIH en un	Estudio transversal	3	Pacientes con diagnóstico de VIH	Observacional	Se detectó que la edad predominante es entre los 18 y los 25 años, en donde

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
		hospital clínico					un 53.9% desconocía su viralidad, en donde la presentación varió entre depresión moderada y muy severa y se determinó la existencia de ansiedad sobre todo en pacientes LGBTI