



MANUAL DE FORMACIÓN PARA
AGENTES DE SALUD

PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL VIH
Y OTRAS ITS CON PERSONAS MIGRANTES



¿POR QUÉ ESTA GUÍA?

Reafirmando nuestro compromiso con la salud integral y la justicia social, la Coordinadora Estatal del VIH y sida (Cesida) presenta esta nueva edición del manual de formación sobre el VIH.

Esta guía ha sido actualizada y reeditada para dotar a profesionales de entidades miembro de Cesida, voluntariado y otras personas que acuden a las organizaciones del Tercer Sector, de una herramienta fundamental para trabajar en la promoción de la salud y el acompañamiento a personas migrantes, un grupo de población que enfrenta multitud de barreras sociales, culturales, administrativas y de otra índole en lo relacionado con el cuidado de la salud.

El manual va más allá de los conceptos básicos. Ofrece información clara, accesible y rigurosa sobre el VIH y recursos esenciales, poniendo un especial énfasis en la defensa del derecho a la salud y el estigma y la discriminación asociada al VIH.

Esperamos que esta guía se convierta en una herramienta práctica de referencia, para informar con rigor, desmontar mitos y, sobre todo, para favorecer un acompañamiento cercano, respetuoso y libre de prejuicios.

PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL VIH Y OTRAS ITS CON PERSONAS MIGRANTES.

Edita: Coordinadora Estatal de VIH-sida (Cesida)

Diseño y maquetación: Oscar Calderón

Año de publicación: 2025

Subvencionado por:



Índice de contenidos

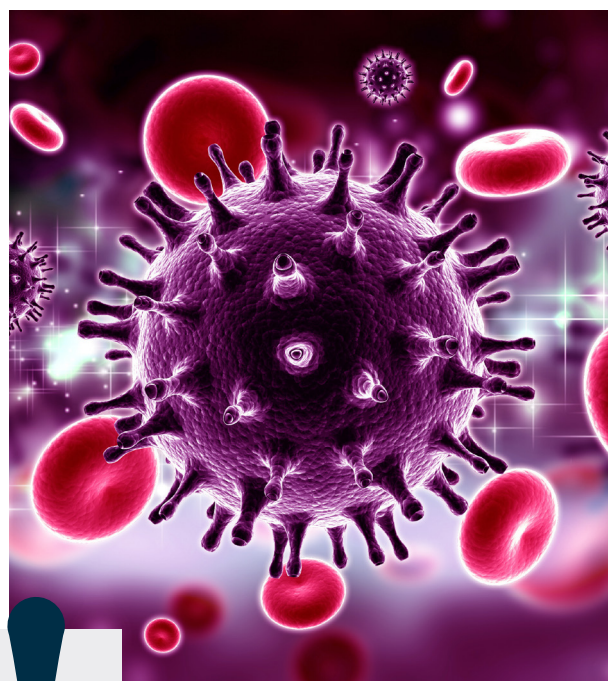
- 6 VIH: TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN
- 14 ¿CÓMO SABER SI SE TIENE EL VIH?
- 18 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
- 24 PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH
- 28 MUJERES Y VIH
- 39 ENVEJECIMIENTO Y VIH
- 40 SALUD, SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD
- 42 CHEMSEX
- 44 PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
- 48 SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y ACCESO A LA SALUD PARA PERSONAS MIGRANTES
- 52 AGENTES DE SALUD
- 56 GLOSARIO DEL VIH
- 60 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- 62 REFERENCIAS LEGISLATIVAS
- 62 CESIDA

01. VIH. TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN

1.1 VIH Y SIDA

El VIH o **Virus de la Inmunodeficiencia Humana** es un retrovirus que ataca al sistema inmunitario de la persona que lo tiene. El sistema inmunitario es la defensa natural de nuestro cuerpo frente a los microorganismos infecciosos, como las bacterias, virus y hongos capaces de invadir nuestro organismo.

En concreto, el VIH ataca y destruye los linfocitos CD4, que son un tipo de células que forman parte del sistema inmune y que se encargan de la fabricación de anticuerpos para combatir las infecciones causadas por estos agentes externos.



La infección por VIH debilita el sistema inmunitario e impide que este siga cumpliendo su función habitual lo que provoca un deterioro gradual de la salud de la persona afectada.

Sin un tratamiento adecuado, el virus es capaz de expandirse por todo el organismo, provocando una gran disminución en el número de células CD4. En ese caso, el sistema inmunitario se deteriora hasta el punto de que no es capaz de hacer frente a infecciones y enfermedades que habitualmente son inofensivas. Es entonces cuando aparece el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida o sida.

AIDS, CRISIS AND THE POWER TO TRANSFORM

UNAIDS
GLOBAL
AIDS
UPDATE
2025



1.2 TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS¹

Tal y como refleja el último informe anual de ONUSIDA sobre la epidemia del VIH, nos encontramos ante una “crisis de financiación histórica” que “amenaza con desbaratar décadas de progreso”.

Pese a que los datos epidemiológicos muestran que los nuevos diagnósticos y las muertes relacionadas con el sida se encuentran en sus niveles más bajos desde los años 90, la salida de Estados Unidos de la OMS y los recortes a programas esenciales

como el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del sida (PEFPAR) podrían tener un impacto directo tanto en el tratamiento como en la prevención del VIH.

Según los últimos datos disponibles, en el año 2024, 40'8 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, de las cuales 1,3 millones contrajeron la infección por el VIH en 2024 y se produjeron 630.000 muertes relacionadas con el sida.



En España², los nuevos diagnósticos de VIH se han reducido en la última década, así como los casos de sida que continúan experimentando un progresivo declive desde el año 1996.

En general, podemos hablar de que la tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH es descendente entre 2013 y 2024. Según el modo de transmisión, se observa

una tendencia decreciente en personas que se inyectan drogas (PID) y heterosexuales en todo el periodo, mientras que en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se observa esta tendencia a partir de 2016, con algunas diferencias según lugar de origen. El descenso en los casos y tasas en 2020 y 2021 puede estar afectado por la pandemia de COVID-19.

1. ONUSIDA (2025). Actualización mundial sobre el sida 2025: Sida, crisis y el poder de transformar. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Ginebra; julio 2025. Disponible en: unaid.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf

2. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis (2025). Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2024: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2025. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2024_Nov_2025.pdf

Desgagregando por sexo, entre 2013 y 2024, la tasa de nuevos diagnósticos en hombres fue ampliamente superior a la de mujeres a lo largo de todo el período, situándose el porcentaje de mujeres entre un 13,4% y un 15,2% y el de hombres entre un 85% y un 86,6%.

En cuanto al modo de transmisión, la vía sexual se mantuvo como la principal vía a través de la que se producen transmisiones del VIH. En este mismo período, el porcentaje de nuevos diagnósticos en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se situó de media en el 56,6%, en hombres heterosexuales se mantuvo alrededor del 14,3% de media y en mujeres en el 11,8% de media.

Según el lugar de origen, el análisis de la tendencia en la última década muestra un aumento significativo de nuevos diagnósticos en personas procedentes de otros países, estabilizándose en los últimos años que prácticamente la mitad de los nuevos diagnósticos del VIH son en personas que proceden de otros países. Especialmente, el aumento es significativo en personas procedentes de la región latinoamericana, que en los años 2013, 2014 y 2015 suponían entre un 16,8% y un 17,3% del total de nuevos diagnósticos, y en los años 2022 y 2023 se sitúan entre un 33% y 34,4% del total.

Otro de los principales aspectos detectados en España entre los años 2013 y 2024 es la persistencia de un elevado porcentaje de casos de diagnóstico tardío³, que se ha incrementado a nivel global, en HSH y mujeres heterosexuales. Al desagregar por modo de transmisión, el diagnóstico tardío es mayor en hombres heterosexuales y menor en HSH. Estos datos muestran la necesidad de transmitir en mayor medida, tanto a la población general como a profesionales del sistema sanitario, el mensaje de que cualquier persona que tenga prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de lo fundamental que resulta diagnosticar la transmisión del VIH con la mayor rapidez posible.

1.3 CÓMO SE TRANSMITE EL VIH

Sólo algunos fluidos corporales pueden tener una concentración suficiente de virus como para transmitir el VIH:

Los fluidos sexuales (líquido preseminal, semen y flujo vaginal).

- El moco de la vagina y el ano.
- La sangre.
- La leche materna.

Otros fluidos como la saliva, la orina, el sudor, la tos o los estornudos no tienen capacidad para transmitir el VIH, ya que en la mayoría de los casos la concentración del virus en ellos es insuficiente o nula (a menos que contengan sangre visible).

Además, tiene que haber una vía de transmisión del virus de una persona a otra.



LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN HABITUALES SON:



En las relaciones sexuales con penetración (anal, vaginal u oral) sin preservativo (externo o interno). La penetración anal es la práctica de mayor riesgo, seguida de la vaginal, sobre todo, para la persona que recibe la penetración y/o la eyaculación. Cuando una persona presenta otras infecciones de transmisión sexual (ITS) el riesgo de infección por VIH aumenta.

Las relaciones sexuales orales tienen mucho menor riesgo, especialmente cuando no hay eyaculación y cuando no existan lesiones en labios, mucosa oral, pene, ano o vagina, ya que no habría contacto a través de la sangre.



Al compartir jeringas, agujas, otro material de inyección o cualquier instrumento cortante que haya estado en contacto con sangre que contiene el virus. El intercambio de instrumentos punzantes y cortantes no esterilizados para perforaciones en la piel, como los utilizados para tatuajes, "piercing", acupuntura o perforación de orejas también suponen un riesgo.



Durante el embarazo, el parto o la lactancia, si la madre tiene VIH y no recibe tratamiento antirretroviral ni realiza un seguimiento médico adecuado.

EL VIH NO SE TRANSMITE POR:

- Los besos, las caricias, darse la mano, tocarse o masturbar a tu pareja.
- Las lágrimas, el sudor, la saliva, la tos o los estornudos.
- Convivir o trabajar con personas que tengan el virus.
- Compartir objetos de uso común, la ropa o alimentos, duchas, lavabos o WC, piscinas, instalaciones deportivas o de ocio, residencias, colegios, spas, balnearios y lugares públicos.
- Mordeduras o picaduras de animales, mosquitos u otros insectos.
- Donar o recibir sangre en países donde el control es adecuado.



RECORDATORIO: Las personas con el VIH, que están en tratamiento antirretroviral y tienen una carga viral indetectable en sangre, **NO TRANSMITEN** el VIH en sus relaciones sexuales, ya que:

INDETECTABLE= INTRANSMISIBLE

3. Se considera diagnóstico tardío (DT) cuando existe un recuento de CD4 inferior a 350 células/μl. El diagnóstico tardío dificulta la efectividad del tratamiento e incrementa el riesgo de padecer diversas patologías y el riesgo de transmisión del virus.

1.4 PREVENCIÓN DEL VIH

DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES

- Usando preservativo externo o interno en las relaciones sexuales con penetración. Si se usan correctamente y no se rompen, los preservativos son herramientas de probada eficacia para prevenir la transmisión del VIH y la mayoría de infecciones de transmisión sexual.
- Evitando la eyaculación en la boca si se practica sexo oral.
- En la penetración, tanto vaginal como anal, es recomendable utilizar lubricantes solubles en agua (nunca lubricantes a base de aceite o cremas), ya que reduce el riesgo de roturas de los preservativos y facilita la penetración.

DURANTE EL CONSUMO DE DROGAS INYECTABLES:

- No reutilizar ni compartir nunca jeringuillas, agua o equipos para la preparación de drogas.
- Utilizar cada vez agujas y jeringuillas nuevas obtenidas de una fuente fiable. Por ejemplo, de una farmacia o las que ofrecen los programas de reducción de daños para preparar e inyectar las drogas.

EN EL EMBARAZO, PARTO Y LACTANCIA:

- Gracias al tratamiento antirretroviral, una madre con el VIH que se encuentra en tratamiento y tiene una carga viral indetectable, no transmitirá el virus a su bebé, ni durante el embarazo, ni en el parto.

- Se recomienda una cesárea programada para prevenir la transmisión perinatal del VIH a las mujeres que tengan una carga viral alta o desconocida en el momento del parto.
- En el caso de la lactancia, no ha podido demostrarse el paradigma indetectable igual a intransmisible; pese a que se sabe que el riesgo se encuentra por debajo del 1%, no es cero. Actualmente, las guías clínicas⁴ de sociedades científicas españolas y de otros países apoyan la toma de decisiones informada y la lactancia materna con garantías, ya que hay factores que dependen específicamente de la madre y el/la bebé, y que deben ser valorados de forma individualizada.

1.4.1 USO DE PRESERVATIVOS Y LUBRICANTES

Los preservativos son una forma eficaz de protección frente al VIH y otras ITS siempre que se usen de forma correcta.

Estudios de laboratorio indican que los preservativos de látex constituyen una barrera física efectiva que impide el paso de microorganismos u otras partículas del tamaño del virus. Protegen frente a la transmisión del VIH, otras ITS y embarazos no deseados. Las posibles roturas y deslizamientos del preservativo se deben más a fallos de quien los usa que al producto en sí.



EL PRESERVATIVO EXTERNO

Es importante conocerlo bien y no olvidar:

- Comprarlos en farmacias, o en otros lugares que ofrezcan garantía.
- Comprobar que estén en buen estado, la fecha de caducidad y que estén homologados por la autoridad sanitaria y con marcado CE.
- Protegerlos del calor, la luz y la humedad excesiva.
- Guardarlos en lugares frescos y secos.

Para una correcta utilización:

- Abrir el preservativo con cuidado de no dañarlo con uñas, anillos y/o dientes.
- Una vez abierto, antes de colocarlo, comprobar si el preservativo está al derecho o al revés (esto se puede hacer soplando un poco dentro del preservativo para ver hacia qué lado lo tenemos que desenrollar).
- Colocar el preservativo sobre el pene en erección, antes de cualquier penetración vaginal, anal u oral.
- Presionar la punta del depósito del preservativo para expulsar el aire y dejar espacio para el semen. Si el preservativo no lleva depósito, éste debe hacerse al colocarlo, dejando un espacio libre de 1 a 2 cm. de largo en la punta del pene.
- Desenrollar el preservativo hasta cubrir completamente el pene.
- Usarlo durante toda la penetración.
- Es aconsejable aplicar lubricante al preservativo una vez puesto para facilitar la penetración (especialmente en la penetración anal). Muchos ya vienen con el lubricante incorporado, pero si no es suficiente se pueden comprar

en las farmacias, teniendo en cuenta que sean solubles en agua, ya que los aceites pueden estropear el látex del preservativo.

- Después de eyacular, antes de que la erección disminuya, hay que retirar el pene sujetando el preservativo por la base.
- Comprobar que no se ha roto (llenándolo de agua o presionando el depósito), anudarlo y tirarlo a la basura, nunca al WC ni a la calle (hay que tener en cuenta que los preservativos no son biodegradables).
- Usar uno nuevo cada vez que se mantenga una relación sexual y si se cambia de pareja y de práctica sexual (penetración vaginal, anal u oral).
- Para la penetración anal se pueden utilizar preservativos extrafuertes, que son más seguros.

Causas de rotura de un preservativo:

- Aplicación de lubricantes oleosos.
- Daños provocados por las uñas u otros objetos afilados.
- Inadecuado espacio o presencia de aire en la punta del condón.
- Existencia de piercing en los genitales.
- Desenrollar incorrectamente el preservativo.
- Conservación inadecuada.
- Reutilización del preservativo.
- Caducidad del preservativo.

4. Grupo de Estudio del SIDA – GeSIDA (2025). 'Lactancia materna en el recién nacido expuesto al VIH: Recomendaciones y seguimiento madre-hijo', Guías Clínicas, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), enero 2025. Disponible en: guiasclinicas.gesida-seimc.org/version/?do=show&pk=23

EL PRESERVATIVO INTERNO

Es un método de prevención alternativo al preservativo externo, que protege frente a los embarazos no deseados, la transmisión del VIH y otras ITS.

Consiste en una funda transparente de nitrilo, con dos anillos flexibles en ambos extremos, uno en el interior que permite la colocación dentro de la vagina y otro de un diámetro más grande que permanecerá en el exterior de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer.

El preservativo interno puede aportar a un número considerable de mujeres un grado de autonomía mayor que el preservativo externo y, por tanto, contribuir a aumentar el control que tienen de su sexualidad y fertilidad.

Ventajas del preservativo interno

- Está hecho de nitrilo, por lo que es una buena opción para quienes tienen alergia al látex.
- Es transparente, suave y resistente.
- Puede permitir juegos eróticos previos y posteriores a la penetración sin necesidad de interrumpir la relación sexual, ya que puede insertarse desde el principio de la relación, incluso hasta 8 horas antes, puesto que no necesita que el pene esté en erección para su colocación.
- Permite mantener relaciones sexuales en cualquier posición sin que se produzcan roturas o deslizamientos.
- Posibilita no romper la intimidad y complicidad posteriores al fin de una relación sexual, puesto que no es necesario retirarlo inmediatamente después de la eyaculación.
- Se puede usar con lubricantes a base de agua o aceite.
- Viene muy lubricado, por lo que puede ser una solución en los casos de falta de lubricación.

1.4.2 PEP y PrEP

La **PEP (profilaxis postexposición)** son medicamentos que se toman después de una posible exposición al VIH para prevenir la transmisión. Debe emplearse solo en situaciones de emergencia y comenzarse dentro de las 72 horas después de una posible exposición al VIH, aunque su eficacia es mayor en las primeras 6 horas tras la posible exposición.

La PEP no sustituye el uso regular de otros métodos para la prevención de la transmisión del VIH, ni tampoco es una opción adecuada para las personas que podrían exponerse al VIH con frecuencia.

La **PrEP (profilaxis preexposición)** es un método de prevención del VIH para las personas que no tienen el VIH, pero se encuentran en alto riesgo de contraerlo.

La PrEP dispensada en España consiste en la toma de un fármaco antirretroviral de forma oral todos los días⁵, y es altamente eficaz, siempre que se tome correctamente siguiendo las indicaciones dadas.

Actualmente, en España, pueden acceder a la PrEP⁶:

- Mujeres en contextos de prostitución y/o que ejercen el trabajo sexual que no utilicen de forma habitual el preservativo, sin ningún otro criterio de acceso adicional.
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Personas trans.
- Mujeres y hombres cissexuales que no utilicen de forma habitual el preservativo.
- Personas usuarias de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras (compartir agujas, jeringuillas, etc.) que no utilicen de forma habitual el preservativo.

En el caso de estos últimos cuatro grupos de población mencionados, además deben cumplir, como mínimo, dos de los siguientes criterios:

- Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
- Práctica de sexo anal sin protección en el último año.
- Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección en el último año.
- Administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones en el último año.
- Al menos una ITS bacteriana en el último año.

El acceso a la PrEP no tiene coste alguno para la persona a la que se le prescribe, y mientras que de forma inicial se ha dispensado en el ámbito del Sistema Nacional de Salud en distintas unidades vinculadas a un servicio de farmacia hospitalaria, en el momento que se edita este manual se están terminando los trámites para que se

RECORDATORIO: La PrEP y la PEP no sustituyen el uso regular de otros métodos de prevención, ya que no previenen otras infecciones de transmisión sexual, por lo que en ningún caso sustituye las funciones del preservativo.

pueda dispensar en las farmacias comunitarias. Esta transformación permitirá que las personas que siguen un programa de PrEP puedan acudir a su farmacia más cercana para adquirir la medicación, evitando así tener que desplazarse a un establecimiento de ámbito hospitalario.



5. Actualmente, se están produciendo avances para lograr que la PrEP inyectable cada 6 meses sea una realidad, pero aún se está lejos de que el Sistema Nacional de Salud pueda garantizar el acceso a esta opción en España.

6. Grupo de Trabajo de PrEP (2021). Manual de implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; diciembre 2021. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Manual_PrEP_FINAL.pdf

02. ¿CÓMO SABER SI SE TIENE EL VIH?

2.1 QUÉ ES LA PRUEBA DEL VIH

Según los últimos datos disponibles mientras se edita este manual, se estima que en España viven entre 130.000 y 170.000 personas con el VIH. De ellas, alrededor del 7'5%, es decir entre 8.623 y 15.461 personas, desconocen que tienen la infección⁷.

La existencia de este porcentaje de personas sin diagnosticar tiene implicaciones sobre la salud individual y colectiva. Por un lado, no les permite beneficiarse de los tratamientos disponibles y de la consecuente mejora del pronóstico y calidad de vida, e incrementa el riesgo de reinfección por otras ITS.

Por otro lado, aumenta el riesgo de transmisión a otras personas si no toman las medidas de protección necesarias y por la mayor carga viral elevada en ausencia de tratamiento.

Entonces, ¿cómo se puede saber si se tiene el VIH? La prueba del VIH es la única forma fiable de saberlo.



La prueba del VIH es voluntaria, gratuita y su resultado es confidencial, y requiere un asesoramiento tanto de forma previa como posteriormente a su realización.

2.2 Tipos de pruebas

Los tipos de pruebas más habituales son:

- **Pruebas de anticuerpos**, o también llamadas de 3ª generación. Son las pruebas más habituales para detectar los anticuerpos que el cuerpo produce en respuesta al VIH, son las más sencillas y menos costosas. En general, y como el organismo de cada persona responde de manera distinta, se considera que el resultado es fiable pasados 90 días desde la exposición al VIH.
- **Pruebas de antígenos/anticuerpos**, o también llamadas de 4ª generación. Es la prueba que, de forma habitual, se utiliza en los centros de salud y el sistema sanitario en España. En general, se considera que el resultado es fiable pasados 45 días desde la exposición al VIH.
- **Pruebas de ARN del VIH (PCR)**. Este tipo de pruebas no se suelen utilizar para el diagnóstico rutinario del VIH, salvo circunstancias específicas. Su utilización es más frecuente para determinar la carga viral en personas que viven con el VIH y hacer un seguimiento adecuado del tratamiento antirretroviral. En general, se considera que el resultado es fiable pasados 33 días desde la exposición al VIH.

Las pruebas se pueden realizar con una muestra de sangre (ya sea extraída del dedo o de una vena) o con una muestra de saliva, siendo igual de fiables. Los tiempos de espera recomendados para asegurar un resultado fiable, como se indica previamente, dependen del tipo de prueba que se realice.

Mientras que con las pruebas de cribado (screening) o rápidas que se realizan en algunos centros comunitarios y ONG puedes tener el resultado en unos 20 minutos, si acudes a un centro de salud puedes tener los resultados, generalmente, en una semana.

En el caso de las pruebas de cribado (screening) o rápidas, los resultados posibles son “No Reactivo” (negativo) o “Reactivo” (requiere confirmación).

2.3 CUÁNDO Y DÓNDE HACÉRSE LA PRUEBA

Cualquier persona debería hacerse la prueba del VIH si:

- Nunca se ha realizado una prueba con anterioridad y/o si se ha tenido relaciones sexuales sin preservativo (penetración anal, vaginal o sexo oral).
- Está embarazada o se planea estarlo.

- Ha tenido una infección de transmisión sexual, tuberculosis o hepatitis viral.
- Tiene una pareja estable y quiere dejar de usar el preservativo en las relaciones sexuales con dicha pareja.
- Ha compartido material para inyectarse drogas (jeringuillas, agujas, cucharas o filtros...) o se ha usado material sin esterilizar para perforaciones de la piel o mucosas (piercing o tatuajes).
- Ha tenido una exposición accidental al virus por rotura de preservativo, pinchazo, etc.

Desde que el VIH entra en contacto con nuestro organismo hasta que podemos obtener resultados fiables en las pruebas de detección más habituales pueden pasar entre 45 y 90 días —33 días en circunstancias más específicas en las que se utilice la PCR—. A este tiempo se le denomina “Periodo Ventana”.

7. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Indicadores clave: Infección por VIH e Infecciones de Transmisión Sexual. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III / División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2024. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/INDICADORES_VIH_e_ITS_Febrero_2024.pdf

Es importante saber cuándo se produjo la última práctica de riesgo para que, en el caso de que el resultado sea negativo, sea fiable y no requiera la realización de otra prueba más adelante.

La prueba del VIH se puede realizar en:

- Centros sanitarios de la red pública de forma gratuita y confidencial: centros de atención primaria, centros de planificación familiar, centros de diagnóstico y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Farmacias (en algunas comunidades autónomas).
- Laboratorios privados de análisis clínicos.
- ONG especializadas o de atención a personas con el VIH..



La prueba del VIH es **voluntaria, gratuita** y su resultado es **confidencial**, y requiere un **asesoramiento** tanto de forma previa como **posteriormente** a su realización.

En tu casa, usando un autotest del VIH. Puedes tanto adquirirlo en farmacias, sin necesidad de receta médica, como solicitarlo, de forma gratuita, a través de la página cesida.org/envihos para que te lo enviemos directamente a tu casa o la dirección que nos indiques. El paquete que se envía no tiene ninguna información que indique el contenido enviado, si no tan solo los datos de remitente y persona a la que se envía. Además del autotest, encontrarás una tarjeta informativa con la que, a través de un código QR, puedes comunicar el resultado de la prueba de forma confidencial y voluntaria.

Existen centros de ITS y ONG especializadas, en los que la prueba se realiza, si se desea, de forma completamente anónima y sin necesidad de presentar ningún tipo de documentación. Puedes consultar más información al respecto en cesida.org/pruebavih

Además de la realización de pruebas, la mayoría de entidades que forman parte de Cesida ofrecen de forma gratuita servicios de información, asesoramiento y/o atención psicológica, así como espacios para compartir experiencias y consultar sobre temas de salud, problemas derivados del diagnóstico, etc.

Puedes consultar el listado de organizaciones que forman parte de Cesida en el siguiente enlace: cesida.org/quienes-somos/organizaciones

enVihos



¿QUÉ ES EL AUTOTEST DEL VIH?

El autotest del VIH es un paquete de autodiagnóstico diseñado para detectar la presencia del VIH, sin necesidad de conocimientos sanitarios previos. El autotest puede ser dos tipos: prueba de saliva: se recoge una muestra de fluido oral y prueba de punción: se recoge una muestra de sangre.

Ambas pruebas proporcionan resultados en tan solo 20 minutos, ofreciendo una opción rápida y eficaz para el autodiag-

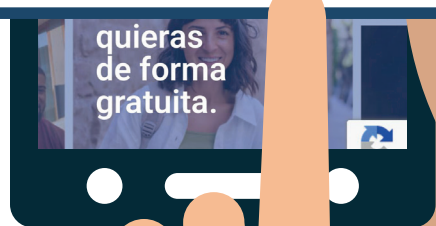
nóstico. Los usuarios deben seguir las instrucciones y recomendaciones específicas incluidas en el producto para asegurar la precisión de los resultados.

SOLICITA TU AUTOTEST DEL VIH

Cualquier persona puede solicitar el envío del autotest del VIH a la dirección de su elección de manera completamente gratuita. Con el fin de garantizar el acceso equitativo, cada persona puede solicitar un máximo de cuatro test al año.



¡Hazte la prueba!



03. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

3.1 ¿Qué son las ITS?

Las **infecciones de transmisión sexual** (ITS) son infecciones producidas por bacterias, virus, hongos y parásitos que en la mayoría de los casos se transmiten durante las relaciones sexuales, especialmente en la penetración vaginal, anal y el sexo oral (contacto de la boca con pene, vulva o ano). El VIH es una de las diferentes ITS que existen.

Las ITS constituyen un grave problema de salud pública debido a la frecuencia con la que se dan y por las secuelas que pueden provocar.

El resto de ITS están muy relacionadas con el VIH por compartir vía de transmisión, pero también porque aumentan el riesgo de transmitir o de adquirir el VIH.

Cuando se tiene una ITS, el cuerpo envía células inmunitarias al tejido genital.

Estas células se acercan a la superficie para alcanzar la infección. Sin embargo, esto ayuda al VIH a poder establecer una infección, ya que esas células inmunitarias son el objetivo del virus. En el caso de las personas sin el VIH, las ITS también pueden reducir la protección inmunitaria frente a otras infecciones.

Algunas ITS pueden ser visibles produciendo síntomas como úlceras, llagas (heridas abiertas), secreciones o pus, verrugas o condilomas, y otras pueden no presentar sintomatología, por lo que aparentemente, pueden desaparecer en ausencia de tratamiento. Sin embargo, eso no quiere decir que se hayan curado.

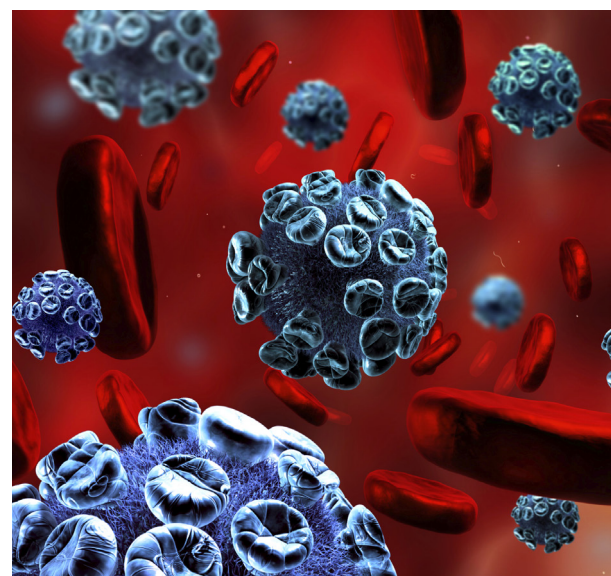
La mayoría se curan y se previenen de forma sencilla, pero si no se tratan adecuadamente pueden tener consecuencias importantes.

3.2 ITS más frecuentes

■ VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA – VIH

El VIH se puede transmitir al entrar en contacto con la sangre, el semen, las secreciones rectales o vaginales, y la leche materna de una persona portadora del virus. El virus puede entrar en nuestro cuerpo a través de las mucosas (revestimiento húmedo de la vagina, el recto, la abertura del pene o la boca), o directamente a través del torrente sanguíneo (mediante heridas, cortes, jeringas u otro material de inyección compartido).

Pese a que se haya producido una transmisión del VIH, las personas pueden sentirse bien y sanas durante mucho tiempo. Incluso pueden pasar más de 10 años hasta que la infección muestre síntomas. Si se contrae el VIH se pueden tener algunos síntomas durante las primeras semanas como fiebre, dolor y malestar, debido a que se trata del momento en el que más cantidad del virus entra en el cuerpo. Los síntomas desaparecen en pocas semanas y no se vuelven a manifestar en años.



Una vez que el VIH comienza a manifestarse, hay señales como pérdida de peso involuntaria o ganglios inflamados.

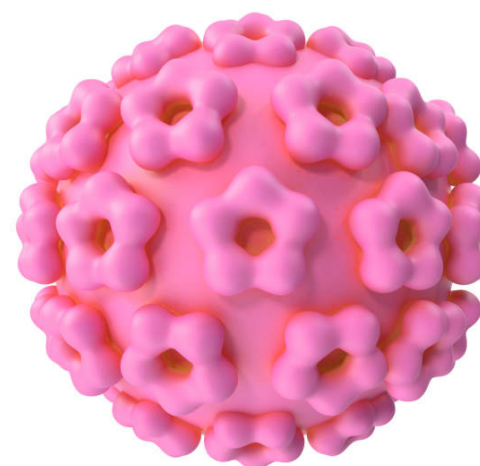
Tratamiento: No existe aún una cura eficaz para el VIH. Sin embargo, con la terapia antirretroviral (TAR), se consigue suprimir la replicación del VIH y ayuda a prolongar la vida de muchas personas que viven con el VIH, a mantenerlas con un mejor nivel de salud y a reducir la probabilidad de transmitir el VIH a otras personas.

Actualmente, la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH y que realizan un seguimiento adecuado del tratamiento es similar a la de la población general.

■ VIRUS DEL PAILOMA HUMANO (VPH)

El VPH es la infección de transmisión sexual más común. Existen muchos tipos del VPH, algunos son inofensivos, otros pueden causar condilomas y algunos pueden causar cáncer.

El VPH se transmite mediante el sexo vaginal, anal u oral con alguien que tiene el virus. También se puede transmitir a través del simple roce de los genitales, sin necesidad de que haya eyaculación o penetración. Cualquier persona sexualmente activa puede contraerlo y transmitirlo sin darse cuenta. Tener múltiples parejas sexuales y no usar el condón durante el sexo, pueden aumentar el riesgo de contraer VPH.

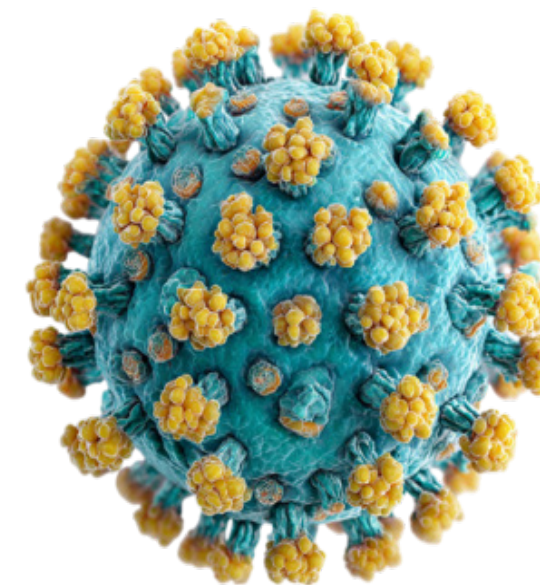


El VPH no suele manifestarse a través de síntomas, pero cuando presenta señales, lo común es la aparición de verrugas genitales o anales que pueden causar molestias, picazón o sangrado en cualquier persona que las desarrolle.

Tratamiento: No existe tratamiento para el virus de papiloma humano. En el caso de los tipos que ocasionan verrugas genitales, las mismas se pueden tratar para eliminarlas, pero el virus podrá seguir estando presente en el cuerpo, produciendo la aparición de nuevas verrugas en el futuro.

Para prevenir los tipos de VPH de alto riesgo y aquellos que producen verrugas genitales es fundamental acceder a las últimas vacunas disponibles y realizar el seguimiento adecuado a través de los servicios ginecológicos del sistema de salud.

■ HERPES GENITAL



El herpes genital es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente y transmisible, sin embargo, debido a que en muchos casos no se presentan síntomas, son muchas las personas que no saben que lo tienen, aumentando así la posibilidad de transmitirlo.

El herpes genital puede transmitirse en una relación sexual vaginal, anal u oral, incluso si tu pareja no muestra síntomas de tenerlo.

El herpes genital no suele presentar síntomas o los mismos son muy leves, por eso puede confundirse con otras afecciones en la piel. Algunas señales son la presencia de ampollas en la zona de los genitales, el ano, los muslos, los glúteos o la boca.

Si las ampollas se rompen, se pueden formar úlceras que ocasionan molestias y dolor al orinar. También se pueden presentar costras una vez que las úlceras comienzan a sanar.

Tratamiento: El herpes genital no tiene cura, sin embargo, el tratamiento a base de antivirales ayuda a disminuir la frecuencia de los brotes, a reducir la intensidad y duración de los síntomas, a disminuir la posibilidad de transmitir esta ITS y también a favorecer la recuperación.

■ CLAMIDIA

La clamidia es una infección de transmisión sexual muy frecuente producida por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Esta ITS puede afectar la vagina, el cuello uterino, la uretra, el pene, el recto o la garganta.

Se trata de una infección común que puede ser fácilmente tratada con antibióticos, sin embargo, si no es detectada y tratada a tiempo puede tener importantes consecuencias en la salud reproductiva de las mujeres.

La clamidia puede transmitirse en una relación sexual vaginal, oral o anal con alguien infectado y la mayoría de las personas que tienen la infección no lo saben, pues esta condición puede pasar desapercibida y sin síntomas. En el caso de las mujeres embarazadas, esto puede suponer la transmisión al bebé durante el parto.

- En caso de aparición de síntomas, estos se manifiestan de forma diferente en personas con pene/testículos y personas con vagina/cuello uterino, y pueden caracterizarse por las siguientes señales:
- En personas con vagina/cuello uterino, puede provocar flujo vaginal fuera de lo normal, así como ardor y dolor al orinar o al mantener relaciones sexuales.



En personas con pene/testículos, puede provocar secreción del pene, dolor y ardor al orinar, quemazón y ardor alrededor de la abertura del pene, así como dolor en los testículos.

Tratamiento: la clamidia se trata con antibióticos, que curarán la infección si se detecta a tiempo. No obstante, no podrán revertir ningún daño que la infección ya haya causado, por lo que un diagnóstico temprano es importante para evitar problemas irreversibles. Se recomienda evitar el contacto sexual hasta que el tratamiento haya finalizado para no contagiar a otras personas.

■ GONORREA

La gonorrea es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, que se puede transmitir al entrar en contacto con zonas como la boca, la garganta, la vagina, el pene, el ano o la uretra. Esta ITS puede producir infecciones en los genitales, el recto y la garganta.

Se trata de una de las ITS más frecuentes, y no siempre manifiesta síntomas. Esto hace que sea mucho más fácil su transmisión.

Los síntomas de la gonorrea en personas con vagina/cuello uterino pueden confundirse con otra condición, como una infección de orina, ya que suelen ser leves y variados. Lo más frecuente es sentir ardor y dolor al orinar, dolor o molestias al tener sexo, así como sangrado después del sexo, sangrado

entre períodos, aumento de la secreción vaginal o secreción anormal y olorosa, así como dolor en la parte baja del abdomen, fiebre, dolor de garganta.

Los síntomas de la gonorrea en personas con pene/testículos pueden incluir ardor y dolor al orinar, incremento en las ganas de orinar y en la frecuencia, segregación de fluidos por el pene de color blanco, amarillo o verde, así como rojez e inflamación en la abertura del pene, sensibilidad e inflamación en los testículos y dolor de garganta.

Además, si la gonorrea afecta el recto se pueden presentar tanto en personas con pene/testículos como en personas con vagina/cuello uterino síntomas como picazón en el ano, mayor esfuerzo a la hora de evacuar, manchas de sangre al limpiar la zona y secreciones anormales a través del recto.

La consecuencia más grave de la gonorrea en personas con vagina/cuello uterino es la esterilidad si las trompas uterinas y los ovarios se ven afectados por la infección. En personas con pene/testículos, la gonorrea puede causar una inflamación

dolorosa en los conductos que conectan con los testículos, y si esta inflamación no es tratada puede causar infertilidad. Además, cuando esta condición no es tratada a tiempo, aumenta el riesgo de contraer el VIH independientemente de la anatomía de la persona.

Tratamiento: Para tratar esta ITS se realizan análisis de orina o de secreciones genitales, y luego se administran antibióticos. Tras el diagnóstico, tanto la persona que la tiene como su/s pareja/s sexual/es deberán examinarse. Es importante evitar las relaciones sexuales hasta que se haya completado la pauta completa de antibióticos, para evitar posibles reinfecciones o transmisión a otras personas.

■ SÍFILIS

La sífilis es una ITS causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*, que se transmite a través del contacto con una llaga (chancro) o erupción presente en una persona que la tiene, habitualmente



durante el sexo vaginal, anal u oral. También se puede transmitir, aunque no haya penetración o eyaculación, por ejemplo, durante el sexo oral.

Los síntomas de la sífilis aparecen en varias fases: primaria, secundaria, latente y terciaria. En ocasiones los síntomas son leves, aparecen y desaparecen o pueden confundirse con distintas infecciones, por lo que pueden pasar desapercibidos. Sin embargo, aunque no haya ninguna señal, la infección se mantiene activa en el cuerpo y no desaparece a menos que se aplique el tratamiento adecuado.

Tratamiento: La sífilis se diagnostica mediante un análisis de sangre y se trata con antibióticos. Durante el tratamiento no se deben mantener ningún tipo de contacto sexual con otra persona, esto incluye el sexo oral, vaginal y anal.

Es importante tener en cuenta que el tratamiento de la sífilis no crea inmunidad a esta infección.



■ VIRUS DE LA HEPATITIS A, B Y C (VHA, VHB Y VHC)

La hepatitis es una enfermedad inflamatoria del hígado que puede dañar sus funciones, y a veces está producida por virus que dan lugar a diferentes tipos de hepatitis.

El virus de la hepatitis A (VHA) se transmite por una mala higiene de las manos, o a través de alimentos o agua contaminados. Se puede transmitir por algunas prácticas sexuales, al entrar en contacto con heces de otras personas, por ejemplo, al lamer el ano (beso negro).

Para protegerse, es importante lavarse las manos con agua y jabón después de usar el baño y antes de preparar la comida. En las relaciones sexuales también se pueden usar barreras de látex como preservativos y/o dique dental, así como guantes de látex o vinilo.

El virus de la hepatitis B (VHB) se encuentra principalmente en la sangre, pero también se encuentra en otros líquidos corporales como el semen y las secreciones vaginales.

Del mismo modo que la hepatitis A, la hepatitis B suele remitir en pocas semanas sin tratamiento. Para protegerse en las relaciones sexuales se pueden usar preservativos y dique dental.

En cuanto al virus de la hepatitis C (VHC), se encuentra principalmente en la sangre.

Hay que tener especial precaución si se mantienen relaciones sexuales donde se entre en contacto con sangre de la persona que tiene hepatitis C. Por ello, para evitar la transmisión, es importante usar preservativo en las relaciones sexuales anales o vaginales y evitar compartir objetos punzantes, agujas, jeringuillas o material para inyectar o inhalar. Utilizar lubricante y guantes de látex también son herramientas que pueden ayudar a reducir riesgos.

En este mismo sentido, hay que tener en cuenta que tanto la hepatitis B como la hepatitis C pueden cronificar.

La hepatitis C se trata con medicamentos antivirales, que pueden curar la enfermedad en la mayoría de los casos.

¿Cuáles son los síntomas de la hepatitis?

Algunas personas con hepatitis no presentan síntomas y no saben que tienen el virus. Si se presentan síntomas, pueden incluir fiebre, fatiga, pérdida de apetito, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, orina oscura, heces de color arcilla, dolor en las articulaciones, ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos).

Si se trata de una infección aguda, los síntomas pueden comenzar entre 2 semanas y 6 meses después de la transmisión. Si la infección es crónica, es posible que no se presenten síntomas hasta muchos años después.



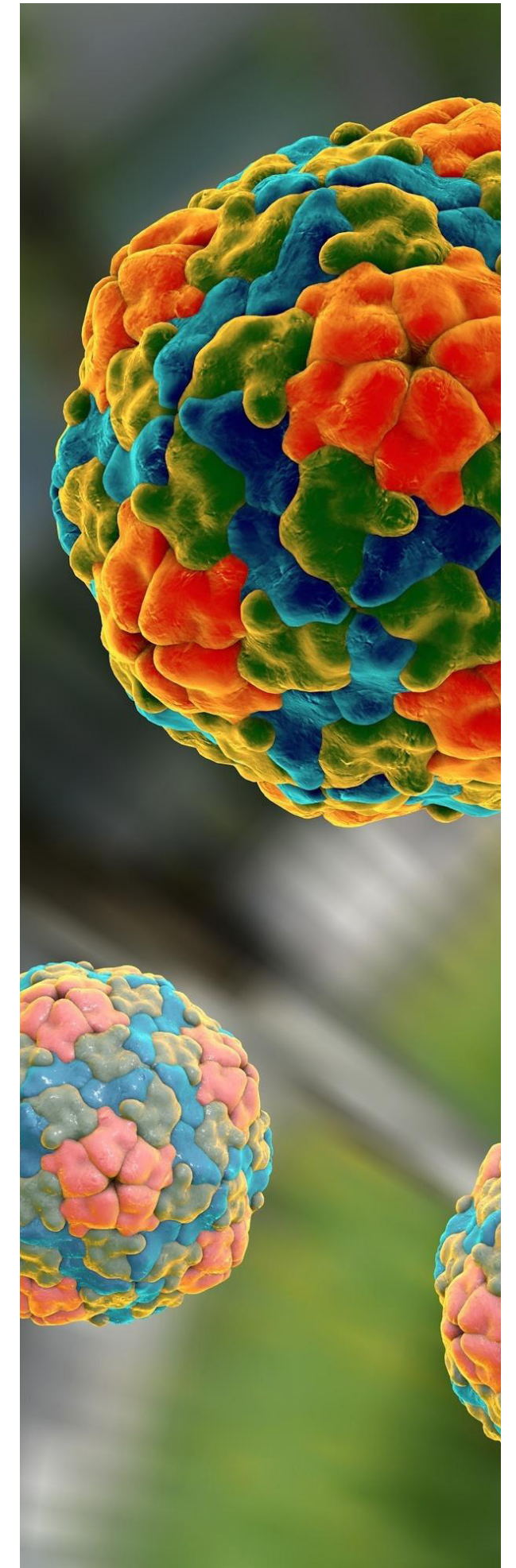
RECORDATORIO:

Es importante que ante cualquier sospecha de tener una ITS o conducta de riesgo se acuda al especialista para realizarse las pruebas pertinentes y poder así iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible.

Además, también es recomendable hacer uso de la vacunación frente a aquellas ITS respecto de las que exista vacuna, como es el caso del virus del papiloma humano (VPH), virus de la hepatitis A (VHA) y virus de la hepatitis B (VHB).

MÁS INFORMACIÓN

A través de la página felgtbi.org/its puedes consultar más información relacionada con ITS.



04. PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

4.1 PAREJAS SERODISCORDANTES Y NO SERODISCORDANTES⁸

Las parejas serodiscordantes son aquellas que están formadas por una persona VIH positiva y otra VIH negativa.

Si la persona tiene una carga viral indetectable gracias al tratamiento, no puede transmitir el VIH mediante el intercambio sexual.

Si el miembro de la pareja con el VIH no tiene la carga viral indetectable, existe la posibilidad de que el miembro sin el VIH pueda tomar la profilaxis pre exposición (PrEP). La PrEP permite que las personas sin el VIH puedan reducir el riesgo de infección. Si la PrEP se toma de forma adecuada, la efectividad de esta profilaxis es muy elevada, incluso cuando no se utiliza el preservativo.

No obstante, los preservativos, usados de forma correcta, siguen siendo esenciales

y protegen frente al VIH y la mayoría de las otras ITS.

Hay muchas parejas serodiscordantes que disfrutan de una vida sexual plena y activa, incluyendo la concepción, sin que se produzca la transmisión del VIH.

4.2 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

¿QUÉ ES EL ESTIGMA?

Existe un estigma asociado al VIH y difundido en buena medida por los medios de comunicación desde el inicio de la epidemia, que descansa sobre las desigualdades sociales y los estigmas previos ligados al género, la etnia-raza, la sexualidad, la nacionalidad y, en general, a diversos comportamientos censurados en diferentes culturas.

En España y otros países de nuestro entorno, el VIH se ha construido socialmente

como una enfermedad moral vinculada a prácticas ilícitas (consumo de drogas por vía intravenosa) y comportamientos sexuales 'desviados' (homosexualidad, bisexualidad, transexualidad, prostitución o promiscuidad).

El estigma puede provocar insultos, amenazas, violencia, burlas, rechazo, rumores y cotilleos y la exclusión social de las personas con el VIH. El miedo a que esto ocurra puede llevar a que sientan ansiedad o, incluso evitar el contacto social, ante la situación de tener que comunicar que se tiene el VIH. Esto puede provocar que las personas con el VIH acaben sufriendo en silencio en lugar de conseguir la ayuda que necesitan. El estigma puede conducir a las personas con el VIH a aceptar lo que otras personas dicen sobre el virus.

Existen distintos tipos de estigmas:

ESTIGMA SOCIAL O DECLARADO:

Se refiere a las actitudes de rechazo por parte de la población sin el VIH hacia las personas que viven con el VIH. Se produce de forma general y en diferentes ámbitos de la vida de las personas que viven con el VIH (ámbito sanitario, laboral, educativo, etc.).

AUTOESTIGMA⁹

Las personas con el VIH interiorizan, de forma consciente o inconsciente, las creencias

sociales y esto desencadena sentimientos de infravaloración, autoculpabilización, vergüenza, sentimiento de soledad y temor al rechazo. Esta manifestación del autoestigma se llama '**estigma internalizado**'.

Otra de las manifestaciones del autoestigma es el '**estigma anticipado**', es decir, la anticipación de poder vivir una experiencia de estigma o discriminación, como la preocupación por la posibilidad de experimentar rechazo por parte de una pareja sexual a causa de la condición serológica, perder un puesto de trabajo o ser tratado/a de forma diferente en dicho puesto si se supiese que se tiene el VIH.

Por último, la '**autoexclusión**' se refiere a cuando las personas que viven con el VIH dejan de realizar alguna/s actividad/es debido a su estatus serológico.

¿QUÉ ES LA DISCRIMINACIÓN?

Ligada al estigma se encuentra la discriminación. La discriminación tiene que ver con el trato que se dispensa a las personas estigmatizadas.

Una persona es discriminada cuando recibe un trato parcial e injusto por su supuesta pertenencia a un grupo particular. La denegación injustificada de servicios y la violación de derechos que, con frecuencia, sufren las personas con el VIH, constituyen ejemplos de discriminación.

*El VIH no es el final,
solo una parte más
de nuestra historia
de amor.*

José Ángel



**Clínica
Legal.**
cesida



8. En diciembre de 2023, el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) publicó la 3ª edición de la Guía para entender el riesgo en las prácticas sexuales y las pruebas de detección, que se puede consultar a través de su página web o en el siguiente enlace: gtt-vih.org/wp-content/uploads/2024/05/GTT_guia_transmision_2023_baja.pdf

9. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ., Prats-Silvestre, C., Iniesta, C., Koerting, A., Velayos, R., Del Amo, J. Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España. Ministerio de Sanidad, Coordinadora Estatal de VIH y Sida y Universidad de Alcalá. Madrid 2024. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PACTOSOCIAL/docs/Informe_Experiencia_Estigma_PVIH.pdf

Las consecuencias del estigma y la discriminación por el VIH son tanto psicológicas (sentimiento de culpa, baja autoestima, depresión, etc.) como de orden práctico (denegación de servicios y violación de derechos laborales, sanitarios, sociales, etc.). Su efecto es aún más profundo al reforzar y solaparse con otras discriminaciones coexistentes (género, orientación sexual, consumo de sustancias ilegales, situación administrativa, etc.).

Los resultados muestran que pese a que en España no existe aparentemente discriminación en la legislación, esta sí se halla en ciertos ámbitos cuando se efectúa un análisis de los reglamentos y protocolos internos, y aparece ampliamente documentada en el ámbito de la vida cotidiana, donde se descubren prácticas negativas en todas áreas como la sanitaria, el empleo, procesos judiciales, la administración, el bienestar social, la vivienda, la educación, la vida familiar y reproductiva, seguros y otros servicios financieros, y el acceso a otros servicios o establecimientos públicos.

En caso de sufrir algún tipo de discriminación, la Coordinadora Estatal de VIH y sida - Cesida cuenta con el recurso de la Clínica Legal, dirigido a personas con el VIH, sus familiares y personas allegadas. Se trata de un servicio gratuito de orientación jurídica que se desarrolla en colaboración con la Clínica Legal de la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá y la Clínica Jurídica por la Justicia Social de la Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia. Las consultas se reciben a través del correo electrónico clinicalegal@cesida.org

INFORME:

Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PACTOSOCIAL/docs/Informe_Experiencia_Estigma_PVIH.pdf



CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA

Algunas de las consecuencias que el estigma puede tener son:

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES Y DE CALIDAD DE VIDA

- **Aislamiento y Violencia:** El estigma se traduce en insultos, amenazas, violencia, burlas, rechazo, rumores y cotilleos, y la exclusión social de las personas con el VIH.
- **Impacto Psicológico:** El miedo al rechazo y la interiorización de las creencias sociales negativas (autoestigma) provocan sentimientos de culpa, ansiedad, baja autoestima, depresión y el sufrimiento en silencio.
- **Discriminación:** El estigma se materializa en un trato parcial e injusto que lleva a la denegación de servicios y a la violación de derechos en ámbitos como el laboral, sanitario, judicial, social y de vivienda.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PÚBLICA

- **Incidencia sobre la Prevención:** Al no considerarse dentro del estereotipo de personas que pueden contraer el VIH, las personas pueden infraestimar el riesgo de adquirir el VIH a pesar de tener prácticas de riesgo.
- **Incidencia sobre el Diagnóstico:** El temor al estigma y la discriminación (estigma anticipado) contribuye a que las personas retrasen la realización de la prueba del VIH y, en consecuencia, el inicio del tratamiento. Según datos globales de ONUSIDA, las personas con el VIH con una alta percepción de estigma tenían una probabilidad 2,4 veces mayor de retrasar la atención sanitaria.
- **Incidencia sobre el Tratamiento:** El estigma también influye en una peor adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR). Esto tiene un impacto negativo en la salud de las propias personas con el VIH y dificulta alcanzar o mantener la condición I=I.



05. MUJERES Y VIH¹⁰

5.1 DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES FRENTE A LA INFECCIÓN POR EL VIH

Las mujeres son más vulnerables a la infección por el VIH debido a factores diversos:

- Biológicos
- Socioeconómicos
- Culturales



En el plano biológico, tienen al menos dos veces más probabilidades que los hombres de contraer el VIH a través de una relación sexual con penetración vaginal no protegida, ya que la mucosa vaginal presenta mayor fragilidad y el semen tiene mayor capacidad infectiva que los fluidos vaginales. Además, generalmente, las mujeres padecen más infecciones de transmisión sexual, muchas de ellas asintomáticas, lo cual aumentar el riesgo de infección por el VIH.



Los factores que más inciden en la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH son los de carácter social, económico y cultural. La desigualdad y la inequidad en las relaciones sociales, afectivas y sexuales, contribuyen a aumentar las situaciones de riesgo para las mujeres.

Las desigualdades de poder, la dependencia económica y la naturalización de los roles de género condicionan la información e influyen en la toma de decisiones en cuanto a la salud sexual y reproductiva. Igualmente, el aislamiento social en mujeres dificulta aún más el acceso a información relacionada con la salud sexual y reproductiva, así como a la capacidad de contrastarla. Todos estos aspectos comportan un control limitado de los medios de prevención y dificultades en percibir el riesgo frente a las ITS y el VIH, debido a la representación social tanto de las ITS como del género.

Debido al carácter estructural de las desigualdades de género y a los roles de género que contribuyen a generar dependencia económica, social y emocional, de forma habitual las mujeres pueden ver limitada su capacidad para ejercer un control sobre su salud sexual y reproductiva, lo que se traduce en hechos concretos como una mayor dificultad para rechazar una relación sexual de riesgo o negociar el uso del preservativo.

La infección por el VIH también puede estar asociada a la violencia de género, de manera directa a través de la violencia sexual, y de manera indirecta debido a las limitaciones impuestas a la capacidad de

las mujeres para protegerse y negociar el uso del preservativo o las condiciones bajo las cuales mantener relaciones sexuales.

Aquellas mujeres que se encuentran en una relación abusiva pueden tener un riesgo de infección por el VIH considerablemente mayor, debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a las que pueden estar sometidas. Por otra parte, el mismo diagnóstico del VIH es un factor de riesgo que puede aumentar la violencia de género que sufren las mujeres con el VIH.



10. El contenido de este apartado puede tener tanto diferencias como cuestiones compartidas para personas que no fueron asignadas como mujeres en el nacimiento, mujeres trans y otras personas con vulva.

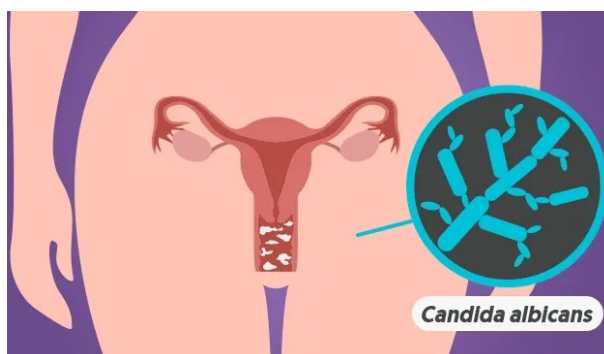
5.2 SALUD GINECOLÓGICA EN MUJERES CON VIH: UN ENFOQUE INTEGRAL

Además de las diferencias biológicas y socioeconómicas que aumentan el riesgo de adquirir el VIH, la infección también tiene un impacto directo en la salud ginecológica. El manejo de estos problemas es un pilar fundamental en la atención de las mujeres con el VIH.

INFECCIONES GINECOLÓGICAS MÁS FRECUENTES

Las mujeres con el VIH, especialmente aquellas con un recuento bajo de células CD4 (que indica un sistema inmunitario debilitado), son más propensas a sufrir infecciones ginecológicas recurrentes y de difícil tratamiento. Las más comunes son:

- **Candidiasis vaginal (infección por hongos):** Es una de las más frecuentes y puede ser persistente, manifestándose con flujo vaginal espeso, picazón e irritación.
- **Vaginosis bacteriana:** Es una alteración del equilibrio de la flora vaginal que puede ser más difícil de tratar en mujeres con el VIH y está asociada a un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).
- **Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP):** Una complicación seria de las ITS no tratadas que puede causar dolor pélvico crónico, infertilidad y abscesos. La EIP en mujeres con el VIH requiere un seguimiento médico cuidadoso.



TRASTORNOS MENSTRUALES

Se ha documentado que las mujeres con el VIH tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir anomalías en sus ciclos menstruales. Esto no siempre está relacionado directamente con el virus, sino que puede ser una consecuencia de factores como un sistema inmunitario comprometido (bajo recuento de CD4), estrés, cambios de peso o el uso de ciertos medicamentos. Los trastornos más frecuentes incluyen:

- **Amenorrea:** Ausencia total del período menstrual.
- **Sangrado anormal:** Reglas más abundantes, más ligeras, irregulares o con sangrado entre períodos.
- **Síndrome premenstrual (SPM) más severo:** Los síntomas pueden ser más acentuados en comparación con mujeres sin el VIH.

MENOPAUSIA Y EL VIH

La relación entre el VIH y la menopausia es compleja y ha sido objeto de estudio. Aunque los datos no son totalmente concluyentes, algunos estudios sugieren que las mujeres con el VIH pueden:

- **Experimentar la menopausia a una edad más temprana:** especialmente en aquellas con un recuento bajo de CD4.
- **Tener síntomas de la menopausia más graves:** Como sofocos intensos y otros cambios hormonales que pueden afectar la calidad de vida.

Es importante destacar que el tratamiento hormonal sustitutivo para aliviar los síntomas de la menopausia es seguro para las mujeres con el VIH, pero debe ser supervisado por un médico debido a las posibles interacciones con algunos antirretrovirales. Además, se sabe que las mujeres con el VIH y en etapa posmenopáusica tienen un mayor riesgo de desarrollar osteoporosis, por lo que se recomiendan revisiones periódicas de la densidad ósea.

PREVENCIÓN Y CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Las mujeres con el VIH tienen una mayor incidencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) y, por lo tanto, un riesgo más alto de desarrollar cáncer de cuello uterino. Por ello, las guías de atención ginecológica en España establecen pautas de cribado más estrictas que para la población general:

- **Cribado inicial intensivo:** Se recomienda un examen ginecológico completo, incluyendo la citología y un examen pélvico, al momento del diagnóstico del VIH y una nueva prueba 12 meses después.
- **Seguimiento regular:** Si los resultados de varias pruebas consecutivas son normales, la frecuencia de las citologías se puede reducir, pero sigue siendo más frecuente que en las mujeres sin el VIH.



En resumen, la atención ginecológica en mujeres con el VIH va más allá de la prevención y el control de la infección, incluyendo una vigilancia activa de las ITS, el manejo de los trastornos menstruales y menopáusicos, y un cribado más intensivo del cáncer de cuello uterino.



5.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La mayoría de métodos anticonceptivos pueden ser usados en caso de infección por el VIH, pero deben recomendarse medidas de planificación familiar que aseguren una protección dual, tanto para evitar gestaciones no planificadas como la transmisión del VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

MÉTODOS DE BARRERA

PRESERVATIVO EXTERNO

Su eficacia protectora frente al embarazo y las infecciones de transmisión sexual como el VIH está sobradamente demostrada cuando se usa de forma correcta y consistente.

PRESERVATIVO INTERNO

Se considera un método tan seguro como el preservativo externo en la prevención de embarazo y de ITS. Su aceptación no es tan generalizada como el preservativo externo.

DIAFRAGMA

No se recomienda su uso por su menor eficacia respecto otros anticonceptivos y por su falta de protección frente a VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

El preservativo externo y el preservativo interno siguen siendo los únicos métodos que ofrecen una protección eficaz contra las ITS.

ESPERMICIDAS

No debe utilizarse ya que no ofrece protección contra la infección por el VIH y su uso puede incrementar el riesgo de transmisión del virus. Su uso debe combinarse siempre con un método de barrera eficaz.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Todos los sistemas de anticoncepción hormonal de estroprogestágenos o gestágenos (comprimidos orales, inyectables, implantes, parches o anillo vaginal) pueden ser usados en mujeres que viven con el VIH, pero por sí mismos no protegen frente a otras ITS ni frente a la transmisión del VIH.

Además, se debe tener en cuenta que algunos antirretrovirales pueden interactuar con la anticoncepción hormonal. Es crucial consultar con el médico para elegir el método adecuado.

DIU

Los dispositivos intrauterinos de cobre u hormonales pueden ser usados en caso de infección por el VIH, salvo en caso de enfermedad severa o avanzada por el VIH.

Las ventajas del DIU son su comodidad, efectividad, larga duración y bajo coste. No parece existir un mayor riesgo de transmisión del VIH, siempre que se use preservativo.

ESTERILIZACIÓN MASCULINA O FEMENINA

Se trata de métodos seguros pero permanentes, por lo que se debe informar de métodos alternativos reversibles existentes. Sigue siendo una opción segura y permanente para quienes lo deseen, aunque no protege frente a la transmisión del VIH y otras ITS ni el VIH.

5.4 REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La reproducción asistida para personas con el VIH ha evolucionado enormemente gracias a los avances científicos y a la consolidación del principio "Indetectable = Intransmisible" (I=I). A continuación, se detalla y profundiza en los aspectos clave de este proceso.

EL ROL DEL ASESORAMIENTO PRECONCEPCIONAL

Antes de iniciar cualquier proceso para lograr el embarazo, el asesoramiento preconcepcional es fundamental. Se trata de una serie de consultas médicas en las que un equipo multidisciplinar evalúa la situación de la pareja para garantizar el embarazo en las mejores condiciones de salud posibles y minimizar los riesgos de transmisión.

En estas sesiones se aborda:

- **Estado de salud:** Se optimiza el estado de salud de ambos miembros de la pareja.
- **Tratamiento antirretroviral (TAR):** Se revisa el TAR de la persona con el VIH para asegurar que sea compatible con la concepción y el embarazo.
- **Carga viral:** Se verifica que la carga viral sea indetectable y que se haya mantenido así durante al menos seis meses.

OPCIONES REPRODUCTIVAS PARA PAREJAS CON VIH

Las opciones disponibles dependen de quién de la pareja vive con el VIH.

1. Persona con pene/testículos con el VIH y persona con vagina/cuello uterino sin el VIH

- **Concepción natural:** Esta es la opción más recomendada y segura si la persona con pene/testículos tiene una carga viral indetectable de forma sostenida (I=I). La evidencia científica ha demostrado que, en estas condiciones, el riesgo de transmisión del VIH a la pareja sexual es nulo. Por lo tanto, se puede buscar el embarazo a través de relaciones sexuales sin protección durante la fase fértil.
- **Lavado seminal con reproducción asistida:** Aunque la concepción natural es la primera opción, esta técnica sigue estando disponible. Consiste en separar los espermatozoides de otros componentes del semen (donde se en-



cuentra el virus). Los espermatozoides "lavados" y libres del virus se utilizan luego en técnicas de reproducción asistida como la inseminación artificial o la fecundación in vitro (FIV). Esta era la única forma segura antes de la validación del principio I=I.

2. Persona con vagina/cuello uterino con el VIH y persona con pene/testículos sin el VIH

- **Concepción natural:** La mejor opción es que la persona con vagina/cuello uterino, con una carga viral indetectable (I=I), mantenga relaciones sexuales sin protección durante la ovulación. Al igual que en el caso anterior, el riesgo de transmisión del VIH a su pareja sexual es nulo.
- **Autoinseminación vaginal:** Esta técnica es una alternativa sencilla y segura. Consiste en obtener semen de la persona con pene/testículos con una jeringa (sin aguja) después de una relación sexual protegida y depositarlo en la vagina de la otra persona. Esta opción puede considerarse si la pareja desea seguir usando preservativo para las relaciones sexuales, pero es menos eficaz que la concepción natural.

3. Ambos miembros de la pareja tienen el VIH

Con cargas virales indetectables, pueden optar por la concepción natural sin riesgo de superinfección (contraer otra cepa del VIH) o de transmisión de resistencias.

IMPACTO DEL VIH Y DEL TAR EN LA FERTILIDAD

Es importante considerar que tanto el VIH como algunos tratamientos antirretrovirales pueden tener un impacto en la fertilidad, tanto en personas con pene/testículos como personas con vagina/cuello uterino.

- **En personas con pene/testículos:** El VIH puede causar alteraciones en la calidad del semen y la función testicular.
- **En personas con vagina/cuello uterino:** La infección prolongada o recuento bajo de CD4 se han asociado con una menor tasa de embarazos espontáneos y una posible menopausia precoz.



5.5 DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO¹¹

Como parte de la atención prenatal, en España se incluye de forma rutinaria la realización de la prueba del VIH a todas las mujeres embarazadas (primer y tercer trimestre). La realización de esta prueba ha reducido el número de bebés nacidos con el VIH en España, pese a que en función del territorio donde vivan, las mujeres migrantes pueden enfrentar barreras y/o dificultades para acceder en las mismas condiciones al sistema sanitario y al seguimiento durante el embarazo, lo que dificulta una efectividad aún mayor.

Diagnosticar el VIH durante el embarazo permite que la madre pueda recibir el tratamiento antirretroviral lo que también protege al bebé. Esto es posible porque cuando la infección está controlada, las tasas de transmisión del VIH al bebé se reducen de forma espectacular (inferior al 1%).

Si se recibe el diagnóstico durante la gestación, se debería recibir también asesoramiento y atención especial.

Lo más importante sobre la transmisión vertical del VIH no es cómo sucede, sino cómo se puede prevenir, y esto se puede hacer con antirretrovirales.

Tanto el embarazo como la atención del VIH requieren que se lleve a cabo un buen seguimiento del estado de salud de la madre. En este sentido, las mujeres gestantes con el VIH no requieren ningún seguimiento adicional debido al embarazo, más allá de la especial atención a la adherencia al tratamiento y al control de la carga viral.

Los avances en la terapia antirretroviral han hecho que la mayoría de los medicamentos mantengan niveles estables durante el embarazo. En caso de fármacos específicos que se sabe que tienen mayor variabilidad o situaciones clínicas complejas se puede realizar un control terapéutico de fármacos



(CFT), a través del cual se emplea un análisis de sangre para comprobar si el organismo está absorbiendo la cantidad adecuada de un medicamento.

Además del cuidado del VIH, se harán pruebas para descartar la presencia de hepatitis, sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), anemia y tuberculosis (TB). Las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones vaginales pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH.

También se realizan exámenes para comprobar si se tiene toxoplasmosis o citomegalovirus (CMV), dos infecciones comunes que pueden transmitirse al bebé. Las pruebas deberían efectuarse lo antes posible durante el embarazo y, en caso necesario, se prescribirá tratamiento contra ellas.

Si no es el caso, las pruebas serán mera rutina y podrán variar ligeramente de un/a médico/a a otro/a. Las pruebas de rutina incluyen la toma de presión sanguínea y análisis de sangre y orina, así como el control fetal.

A menos que se necesite algún cuidado adicional, los controles se harán de forma mensual durante casi todo el embarazo y, a partir del octavo mes, cada dos semanas.

5.6 PARTO Y POSPARTO

El periodo de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH es en el momento del parto. Por lo tanto, la forma de nacer del bebé constituye un tema controvertido.

Las directrices españolas recomiendan que la forma del parto debe ser consensuada por la madre y el equipo multidisciplinar que la atiende (obstetricia, neonatología e infectología) tras la determinación de una prueba de carga viral en la semana 36 cuyos resultados permitan orientar en la elección de una u otra modalidad y tras informar a la paciente sobre los riesgos y ventajas de cada una de ellas.

11. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) (2020) Embarazo, salud materna y VIH. Guía básica elaborada por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH). Barcelona, abril 2020. Disponible en: gtt-vih.org/files/active/1/Guia_embarazo_y_VIH_2020_web.pdf

El grupo español de expertos recomiendan el parto vaginal a las mujeres con VIH que han estado tomando tratamiento antirretroviral y que han llegado a la semana 36 con la carga viral indetectable y no sufren otras complicaciones médicas.

Los datos disponibles indican que las madres que reciben terapia combinada con una carga viral indetectable pueden dar a luz por vía vaginal y que el parto programado por cesárea no ofrece ninguna ventaja adicional a los bebés (a no ser que lo necesite por otro motivo). No obstante, es posible que los equipos médicos sean algo más cautelosos con una mujer con VIH que con una seronegativa a la hora de dar a luz por vía vaginal.

Al tratarse el postparto de un tiempo de cambio acompañado muchas veces de sobrecarga física y/o psicológica, el refuerzo en la adherencia es uno de los objetivos clave a los que hay que atender, ya que este período puede tener impacto en el autocuidado y la adherencia al tratamiento antirretroviral.



MÁS INFORMACIÓN:

Servicio gratuito de información, apoyo y alfabetización legal para personas con el VIH.

cesida.org/clinicalegal

5.7 LACTANCIA MATERNA Y EL VIH

Este es el punto que ha experimentado el cambio más significativo en los últimos años. Si bien la lactancia materna no ha sido recomendada históricamente, esto ha sufrido una transformación a raíz de los últimos avances científicos.

Gracias al I=I (Indetectable=Intransmisible), la evidencia científica ha demostrado que el riesgo de transmisión del VIH por la leche materna es casi nulo si la madre tiene una carga viral indetectable de forma sostenida (al menos 6 meses antes del parto y durante toda la lactancia).

- **Directrices actuales:** Aunque la recomendación estándar sigue siendo la alimentación con leche de fórmula para una seguridad total, las guías clínicas de sociedades científicas españolas y de otros países ahora apoyan la toma de decisiones informada y la lactancia materna con garantías.
- **Riesgo vs. Beneficio:** Se reconoce que la lactancia materna tiene beneficios para la salud de la madre y el bebé. En entornos de bajos recursos o donde no se puede garantizar la leche de fórmula, la lactancia exclusiva con adherencia al tratamiento es una estrategia para reducir el riesgo.
- **Asesoramiento especializado:** Si una mujer con el VIH desea amamantar, es esencial que su decisión sea consensuada con un equipo médico especializado que garantice el seguimiento de su carga viral y la adherencia al tratamiento.

En España, en los casos en que la mujer opte por la leche de fórmula, la mayoría de los hospitales y comunidades autónomas proporcionan la leche maternizada y los utensilios de forma gratuita.



6. ENVEJECIMIENTO Y VIH

El envejecimiento de las personas con el VIH es más acelerado y/o, en ocasiones, más acentuado en comparación con la población general. Además, el envejecimiento natural se asocia a un deterioro del sistema inmune, que es aún más marcado en las personas que viven con el VIH. Por ello, las personas con el VIH tienen un mayor riesgo de desarrollar otras enfermedades, llamadas comorbilidades, que, además, se producen en edades más tempranas que en el resto de la población.

Estas comorbilidades, contribuyen a un mayor uso de fármacos, además de los antirretrovirales (que son los que usan las personas que viven con el VIH), por lo que en muchos casos sufren más efectos secundarios y más interacciones farmacológicas, que se producen por el uso simultáneo de algunos medicamentos no compatibles.



La mayor longevidad de las personas que viven con el VIH respecto a décadas anteriores está íntimamente ligada a la eficacia de los tratamientos antirretrovirales, que han contribuido a que se produzca un drástico descenso en la tasa de mortalidad asociada al VIH a lo largo de las dos últimas décadas. De hecho, en nuestro país, la proporción de personas con 50 años o más que vive con el VIH ha pasado del 8% en 2003 al 55'3% en 2024¹².

! Es muy importante aumentar la vigilancia epidemiológica para detectar nuevos casos de infección por el VIH en la población de mayor edad de modo que se inicie una terapia adecuada y se eviten futuras comorbilidades.

En la consulta habitual de las unidades de VIH, situaciones asociadas al envejecimiento pueden no tenerse en cuenta en caso de no aplicar herramientas específicas de valoración geriátrica.

Tal y como señala un estudio publicado en la revista *Viruses*¹³, la incorporación de una evaluación geriátrica abreviada a la cotidianidad de las unidades del VIH puede contribuir a la detección de situaciones de vulnerabilidad antes de que se hayan producido efectos de gravedad.



Entre las pruebas de Valoración Geriátrica Integral propuestas por el equipo de investigación del estudio, se encuentran:

- **Índice de Barthel:** mide la autonomía en actividades básicas (alimentación, aseo, movilidad).
- **Escala de Lawton-Brody:** explora tareas instrumentales como usar el teléfono, preparar comidas o manejar dinero.
- **GDS-4:** cuestionario de cuatro preguntas para el cribado rápido de síntomas depresivos.
- **Mini-Cog:** combina recuerdo de palabras y el test del reloj, útil para identificar deterioro cognitivo.
- **Velocidad de la marcha:** marcador sencillo que predice riesgo de caídas, dependencia y mortalidad.

Estas pruebas, aplicables en pocos minutos, pueden servir para detectar de forma precoz la depresión, el deterioro cognitivo o la fragilidad, contribuyendo a que la atención se pueda orientar mejor, de forma integral y de modo que favorezca la mayor autonomía y calidad de vida de las personas mayores que viven con el VIH.



12. Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH (2024). Resultados 2024. Análisis de la evolución 2009-2024. Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III / División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2024. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_Encuesta_hospitalaria_2009_2024.pdf

13. Puig, J., Satorra, P., Martínez, A., González, S., Güerri-Fernández, R., Arrieta-Aldea, I., Arnau, I., Prats, A., Buihichyk, V., Tebe, C., & Negredo, E. (2025). 'Short Assessment for People with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Aged 50 Years or Older: Essential Tests from Comprehensive Geriatric Assessment', *Viruses*, 17 (7), 887. Disponible en: doi.org/10.3390/v17070887

7. SALUD, SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD

La salud sexual se define como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, el cual no significa simplemente ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad, si no que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia¹⁴.

Para comprender la salud sexual, por tanto, debemos saber que la sexualidad abarca el sexo, las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual; y se vivencia y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Sin embargo, no todas estas dimensiones se experimentan o expresan siempre, y, además, la vivencia de la sexualidad está influida por la interacción o confluencia de aspectos biológicos, sociales, psicológicos, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales¹⁵.

Para gozar de un nivel mínimo de salud sexual deben asegurarse una serie de derechos humanos básicos entre los que se encuentran el derecho a la igualdad y no discriminación, derecho a la privacidad, derecho a no ser sometido/a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, derecho a la información y educación o el derecho a la libertad de opinión y expresión, pero también el derecho a decidir el número de hijos que se desea tener, el derecho a formar una familia de forma libre y consentida por todas las partes y otros derechos relacionados con la libertad sexual.

Entre las diferentes dimensiones que contribuyen a gozar de un nivel adecuado de salud sexual, podemos encontrar:

SALUD FÍSICA

Relacionado con un adecuado acceso a la información, prevención y tratamiento sobre ITS, anticoncepción y control reproductivo, servicios de salud específicos, etc.

SALUD AFECTIVA

Relacionada con el deseo, el consentimiento, el autoconocimiento, la comunicación, el respeto mutuo o la honestidad. Las relaciones afectivas pueden estar atravesadas por dinámicas sociales y mitos como el amor romántico, la hipersexualización, deseabilidad e indeseabilidad de determinados cuerpos, la cultura de la imagen y otros aspectos que hay poner en cuestión para generar relaciones de afecto sanas.

SALUD SOCIOPOLÍTICA

Relacionada con las normas e imaginarios sociales existentes en un lugar y tiempo concreto respecto a la sexualidad. La vivencia de la sexualidad está atravesada por aspectos como el género, la etnia-raza, la clase social, el estado serológico (como puede ser vivir con el VIH), la orientación sexual, la identidad de género o la diversidad funcional, y varía dependiendo del contexto social, cultural, religioso y político en el que se expresa.

Un nivel adecuado de salud sexual, por tanto, será aquel en que la vivencia de la sexualidad y las relaciones sexuales que se produzca de forma informada, segura y consentida por las diferentes personas.

Un aspecto fundamental es comprender que la sexualidad no equivale al mantenimiento de relaciones sexuales con otras personas,

si no a la vivencia del deseo, los afectos y las necesidades de la propia persona. En este sentido, no hay que olvidar tampoco que existen orientaciones sexuales como la asexualidad, en las que se puede producir falta de atracción sexual hacia otra personas, una atracción que se produce de forma menos intensa, poco frecuente o bajo circunstancias determinadas. El mero hecho de tener o no relaciones sexuales con otras personas no define, en todo caso, ni la orientación sexual ni la sexualidad de las personas.

Por lo tanto, la salud sexual es una manera de construir relaciones sexo-afectivas en las que se cuente con información de calidad sobre ITS, prevención y transmisión, uso de profilácticos, autoconocimiento, prácticas eróticas y construcción del deseo, comunicación, uso de drogas en contextos sexuales, respeto por las otras personas, consentimiento, etc.



Este último aspecto, el consentimiento, es un concepto clave en la salud sexual y las relaciones de intimidad. Puede definirse como el acuerdo claro y voluntario entre las personas para participar en una actividad sexual, asegurándose de que todas las partes involucradas se sientan cómodas y respetadas. Se trata de un proceso continuo que puede darse o retirarse en cualquier momento, y su presencia es fundamental para evitar situaciones de coerción o abuso. En este sentido, hay 5 elementos clave que forman parte del consentimiento:

- **VOLUNTARIEDAD:** El consentimiento debe ser dado libremente, sin presiones, manipulación ni coerción. Todas las personas involucradas deben sentirse

seguras para expresar su deseo de participar o no.

- **CLARIDAD:** Decir “sí” debe ser claro. El consentimiento no debe asumirse, sino que debe ser expresado verbal o físicamente de manera evidente.
- **ENTUSIASMO:** El consentimiento debe ser dado de manera entusiasta. Esto significa que ambas partes están genuinamente interesadas y emocionadas de participar en la actividad. Un “sí” entusiasta refleja un deseo activo y sincero de participar, no solo la ausencia de un “no”. Es importante que todas las personas involucradas se sientan cómodas, seguras y con ganas de seguir adelante, disfrutando plenamente de la experiencia, sin dudas o inseguridades.
- **REVERSIBLE:** En cualquier momento de una relación sexual, cualquiera puede cambiar de opinión. El consentimiento no es un contrato irrevocable.
- **ESPECÍFICO:** Dar consentimiento para una actividad no implica que se da para todas. Cada acto dentro de la interacción sexual necesita su propio consentimiento.

Si bien esta cuestión puede ser más evidente fuera del ámbito de la pareja y otros modelos relacionales de cierta estabilidad, la asunción de roles de género, las pautas sociales esperadas y mitos como el amor romántico pueden contribuir a que dentro de estos ámbitos se normalicen situaciones en las que se desdibujan los límites del consentimiento y este no se encuentre de forma explícita en la base de los encuentros y/o la prácticas sexuales. Por ello, la comunicación recíproca con la o las otras personas de forma previa y a lo largo de los encuentros sexuales, la atención al lenguaje no verbal, y el interés por el deseo y la erótica de la/s pareja/s sexuales, son cuestiones transversales fundamentales a las que se debe atender para que todas las partes involucradas puedan gozar de un nivel adecuado de salud sexual en las experiencias eróticas y las relaciones de afectividad.

14. Organización Mundial de la Salud (2006). Salud sexual. Disponible en: who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

15. Ibidem.

8. CHEMSEX

El chemsex es una dinámica relativamente reciente en la que se utilizan diferentes drogas en contextos sexuales, con el objetivo de potenciar o mantener de forma más prolongada los encuentros eróticos. Hay que tener en cuenta que no todo uso de drogas en contextos sexuales es chemsex, y que, tal y como recoge la definición del European Chemsex Forum¹⁶, “el chemsex es un tipo particular de uso sexualizado de drogas practicado entre hombres homosexuales y bisexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y no binarias, que participan en la cultura del ‘sexo casual’ o ‘sexo sin compromiso’ gay”.

Si bien no hay un consenso global para definir el chemsex y existen debates abiertos acerca de si todo chemsex es problemático o si hay un uso lúdico y otro problemático, sí que podemos destacar una serie de aspectos a tener en cuenta:

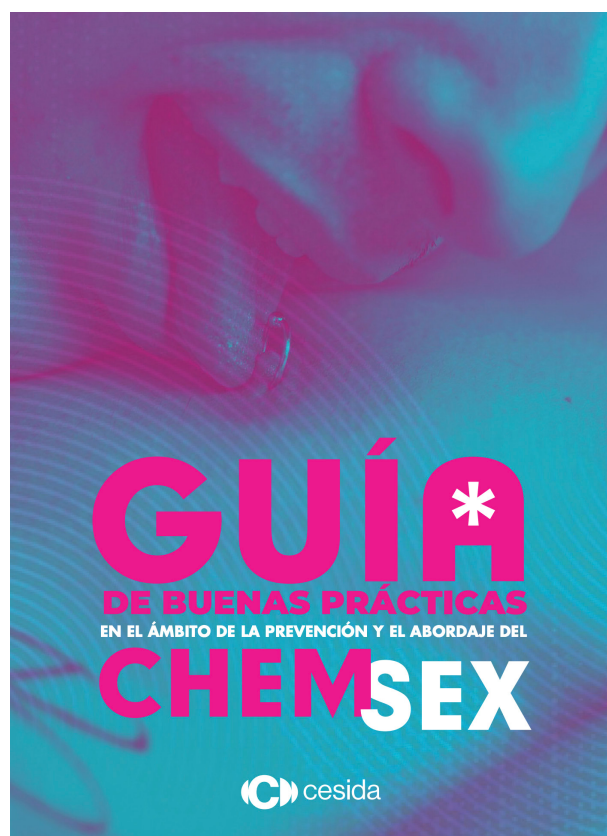
- En primer lugar, la vinculación específica que tiene con la comunidad LGTBIQ+ y los encuentros sexuales casuales, y de forma más específica, con hombres homosexuales y bisexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y no binarias que participan de estos encuentros. La consolidación de las prácticas de chemsex está íntimamente ligada al uso de aplicaciones de citas, tales como Grindr, Scruff, MachoBB o Wapo, que facilitan el anonimato y la accesibilidad a este tipo de contextos sociales.
- En segundo lugar, el uso de sustancias que potencian los encuentros sexuales, contribuyendo a generar mayor desinhibición, sensaciones de euforia, libertad sexual, placer y deseo a lo largo de los encuentros, que también reciben el nombre de “sesiones” o “chills”. Entre las principales sustancias utilizadas está la mefedrona, la metanfetamina o tina, el GHB/GBL, el alfa o la ketamina.
- En tercer lugar, la existencia de mayor riesgo de transmisión del VIH, VHC (Hepatitis C) y otras ITS debido a la confluencia de riesgos asociados al consumo de drogas y el sexo. Entre los factores que contribuyen a un mayor riesgo se encuentra la disminución de la capacidad de juicio o negociar las condiciones de los encuentros sexuales, las dificultades para asegurar el uso del preservativo y lubricantes durante las diferentes prácticas sexuales, la existencia de múltiples parejas sexuales, prácticas de inyección de drogas no seguras (compartir material de inyección como agujas o jeringuillas), etc. Esta última cuestión, ligada al aumento del consumo de drogas mediante vía intravenosa, y que también se conoce como slam o slamming, conlleva un riesgo aún mayor de transmisión de VIH, ITS, sobredosis y capacidad de generar adicción.

- En cuarto lugar, las consecuencias que pueden tener las prácticas continuadas y de forma intensiva de chemsex, entre las que no sólo se incluye el mayor riesgo de transmisión del VIH, VHC y otras ITS, sino también el consumo problemático de sustancias, adicción, deterioro físico, impactos en la salud mental, impactos en la vivencia de la sexualidad y en la capacidad de tener encuentros sexuales placenteros sin el uso de drogas, etc.

Habitualmente, entre las motivaciones de las personas que tienen prácticas de chemsex destacan el aumento del deseo sexual, la búsqueda del placer, la excitación y mayor duración de las relaciones sexuales, mayor percepción de confianza en sí mismo/a/e, mayor desinhibición y facilidad para tener prácticas sexuales que podrían ser difíciles de realizar sin consumir dichas sustancias, debido a diferentes motivos como el trauma, el estigma, el dolor o la vergüenza. De la misma forma, otras de las motivaciones frecuentes son la realización de fantasías sexuales, la búsqueda de espacios de intimidad con otros hombres gays, la facilidad para ligar y relacionarse con otras personas, como forma de pertenencia a un grupo, para aliviar el sentimiento de soledad o para lidiar con emociones o sentimientos negativos, muchas veces vinculados al estigma en relación con la infección por el VIH, la edad, la corporalidad no normativa y la homofobia o LGTBifobia¹⁷.

En la prevención y el abordaje del chemsex se debe realizar un acompañamiento integral centrado en la persona, que vaya más allá del uso de sustancias y tenga en cuenta aspectos como la identidad y orientación sexual, la vivencia del VIH y otros condicionantes sociales y culturales¹⁸.

La perspectiva de los principales grupos de población que tienen prácticas de chemsex es fundamental para el abordaje del chemsex problemático, y de las consecuencias de salud que este puede ocasionar. En este sentido, y al igual que en otras dinámicas que incluyen el consumo de sustancias, el enfoque de reducción de riesgos y daños resulta una perspectiva más adaptada, realista y no estigmatizante para las personas involucradas. La capacidad de tomar decisiones por sí mismas, de forma informada y contando con diferentes herramientas de apoyo interdisciplinares resulta una estrategia de empoderamiento que sitúa la problemática en su contexto social concreto, y lo aleja de una visión individualizada y paternalista de las problemáticas sociales.



16. European Chemsex Forum. (2019). 'A call to action for effective responses to problematic chemsex', 2nd European Chemsex Forum. Berlín, marzo 2018. Disponible en: ilga-europe.org/sites/default/files/Final%20position%20paper.pdf

17. Curto Ramos, J. y Martín Carbonero, L. (2024). Guía rápida de abordaje del chemsex para profesionales sanitarios. Madrid, 2024. Disponible en: saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/guia_chemsex.pdf

18. Cesida (2024). Guía de buenas prácticas en el ámbito de la prevención y el abordaje del chemsex. Madrid, 2024. Disponible en: cesida.org/wp-content/uploads/2023/04/BUENAS-PRACTICAS_Chemsex_Cesida.pdf

9. PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Para mantener en buen estado el sistema inmunológico, es importante que las personas con el VIH acudan regularmente a sus exámenes médicos y mantengan unos hábitos de vida saludables.

A continuación, se describen algunas cuestiones a tener en cuenta:

9.1 SEGUIMIENTO MÉDICO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Es necesario que las personas que viven con el VIH comprendan la enfermedad y sus factores condicionantes, aprendan a convivir con ella y entiendan la importancia del seguimiento, tratamiento y de las recomendaciones médicas.

Hacer uso de la medicación cada día, tal y como ha sido prescrita, es el punto de partida indicado para mejorar el cuidado de la salud. En este sentido, es recomendable desarrollar una rutina, sirviéndose de la ayuda de alarmas en el móvil o reloj, así como hacer uso de agendas o calendarios para tener un adecuado control tanto de las visitas de seguimiento como las tomas de la medicación.

9.2 EJERCICIO FÍSICO

Realizar ejercicio físico moderado y con regularidad contribuye a una mejora de la salud y la calidad de vida, fortalece el sistema inmunológico, combate muchos de los síntomas de la enfermedad y de los efectos adversos de los medicamentos antirretrovirales, a la vez que reduce los riesgos de contraer enfermedades cardiovasculares.

El ejercicio aumenta el tono muscular, la fortaleza y movilidad de los huesos y las articulaciones, y mejora la resistencia cardíaca y pulmonar. También contribuye a reducir la grasa abdominal, ayuda a controlar el azúcar en sangre y aumenta el nivel de energía. Además, ayuda a mejorar el apetito y normalizar el sueño. Por otra parte, desde el punto de vista psicológico el ejercicio reduce el estrés y aumenta la sensación de bienestar.

9.3 DESCANSO

Dormir y descansar lo suficiente proporcionará la energía necesaria para poder realizar las actividades diarias, por ello es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Evitar ingerir comidas antes de la hora de dormir, al igual que alcohol o pastillas que no han sido recetadas.
- Utilizar ropa cómoda.
- Conservar, en lo posible, la rutina de los horarios para acostarse y levantarse, tratando de dormir ocho horas diarias y no dormir durante el día.
- Reducir en lo posible los factores ambientales que alteren el sueño como el ruido excesivo o la luz.
- Si es difícil conciliar el sueño, se pueden utilizar técnicas de relajación.



9.4 ALIMENTACIÓN

Una correcta alimentación influye en la función inmunitaria y mejora la calidad de vida de las personas con el VIH.

Las personas con el VIH presentan necesidades nutricionales específicas. La acción del propio virus, los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral o las enfermedades oportunistas pueden tener un impacto en nutrientes que el organismo precisa para realizar sus funciones.

Una alimentación adecuada puede contribuir a compensar las posibles complicaciones metabólicas, así como los trastornos óseos, renales, hepáticos o de otro tipo derivados de la terapia antirretroviral.

Un enfoque integral no debe excluir ni menospreciar el papel que una correcta alimentación puede desempeñar para ayudar al sistema inmunitario y mejorar la calidad de vida de las personas con el VIH.

9.5 SEXUALIDAD

Las personas con el VIH presentan en ocasiones trastornos asociados a la sexualidad, que afectan en gran medida a su calidad de vida y a su salud psíquica y emocional, ya que dificultan la capacidad para disfrutar y participar en una relación sexual deseada. Estas alteraciones en la esfera de la sexualidad pueden estar producidas, entre otros motivos, por el impacto emocional del diagnóstico, el miedo al rechazo y al abandono, el sentimiento de culpa o el temor a transmitir el virus, los efectos secundarios de los tratamientos, los inconvenientes de la prevención, la angustia de visibilizarse frente a una posible pareja afectiva-sexual, etc. Todo esto puede llevar al aislamiento emocional y a la abstinencia sexual.

Las personas con el VIH tienen la necesidad y el derecho a disfrutar de una vida sexual plena, y las intervenciones dirigidas a motivar a las personas para adoptar comportamientos sexuales seguros, tienen que dar respuesta a sus necesidades sexuales, emocionales y deseos.

El alcohol y el consumo de sustancias pueden afectar a la capacidad para tomar el tratamiento de forma apropiada, además de interactuar con algunos tratamientos contra el VIH.





Es importante informar a las personas con el VIH sobre las medidas de prevención adecuadas a sus necesidades y a sus prácticas sexuales, teniendo en cuenta las diferentes opciones, orientaciones e identidades sexuales y de género.

Con el objetivo de que las personas con el VIH puedan vivir su sexualidad de forma plena, es fundamental recordar que una persona con el VIH en tratamiento y cuya carga viral es indetectable, no puede transmitir el virus a través de las relaciones sexuales incluso sin hacer uso del preservativo —aunque no estaría protegida frente a otras ITS—. Además, en el caso de personas que no hayan alcanzado un nivel de carga viral indetectable, pueden disfrutar de las relaciones sexuales a través del uso del preservativo y lubricantes como cualquier otra persona.

9.6 CONSUMO DE DROGAS

Es importante que las personas que viven con el VIH y consumen drogas abandonen el consumo o intenten disminuirlo. Además, en el caso de personas que utilicen drogas por vía de inyección, es fundamental que dejen de inyectarse para evitar el riesgo asociado a la transmisión de VIH/VHC y el aumento del riesgo de sobredosis, así como prevenir el uso compartido de material de inyección (agujas, jeringas, agua, instrumentos, etc.) en aquellos casos donde no se puedan detener las prácticas de inyección de forma inmediata. Si deciden cambiar a otra vía de administración (como la fumada, inhalada o esnifada), es crucial que se informen sobre los riesgos específicos de esa nueva vía (por ejemplo, mayor riesgo de sobredosis, daño pulmonar o nasal) y que no compartan el material de consumo (rulos/turulos, pajitas, etc.).

Existen estrategias para proponer la reducción de riesgos y daños, como los programas de mantenimiento con metadona, sin descartar como objetivo final un programa libre de drogas.

El tabaco debilita el sistema inmunitario, contribuye a que las enfermedades asociadas al VIH se manifiesten de manera más rápida y hace que se obtengan peores resultados de la terapia antirretroviral. Por lo tanto, reducir el consumo del tabaco, o



más recomendable dejar de fumar, tendrá un efecto muy beneficioso sobre la salud en general.

Las alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión y el estrés son muy frecuentes en las personas con el VIH. Estos trastornos psicológicos pueden tener repercusiones sobre la propia evolución de la enfermedad, por la falta de adherencia

9.8 GRUPOS DE APOYO

Hablar con otras personas con el VIH puede resultar útil para adaptarse y aceptar con normalidad el hecho de vivir con el virus.

Estos grupos facilitan que las personas con el VIH se relacionen entre sí y de esa forma puedan compartir experiencias semejantes, mostrando en muchos de los casos ejemplos de superación y crecimiento personal.

En estos grupos, que suelen ser muy heterogéneos, se muestran diferentes formas de asumir y gestionar la vivencia con el VIH, que pueden ser muy útiles para definir estrategias personales de afrontamiento.

CÁPSULAS FORMATIVAS Rompiendo el Estigma, Construyendo la Empatía

Un curso sobre VIH, estigma y discriminación

→ WhatsApp y Telegram



9.7 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

a los tratamientos o por el efecto sobre el propio sistema inmunológico.

Dadas las importantes repercusiones que los trastornos del estado del ánimo y la ansiedad tienen sobre la calidad de vida, es importante integrar el cuidado de la salud mental en los programas destinados a de las personas con el VIH.

La práctica de actividades físicas, las técnicas de relajación y la meditación —como, por ejemplo, el mindfulness— son herramientas muy eficaces a la hora de reducir el estrés y aliviar síntomas depresivos y ansiosos.

10. SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y ACCESO A LA SALUD PARA PERSONAS MIGRANTES

Tal y como recoge la Organización de las Naciones Unidas¹⁹, el derecho a la salud es un derecho inclusivo, que abarca no solo los cuidados sanitarios oportunos y apropiados, sino también los factores subyacentes que determinan el estado de salud, tales como:

- El acceso al agua segura y potable y a instalaciones sanitarias adecuadas.
- El suministro adecuado de alimentos aptos para el consumo, una nutrición adecuada y una vivienda adecuada.
- Un entorno laboral y ambiental saludable.
- El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud.



El derecho a la salud se considera un derecho fundamental de todos los seres humanos, independientemente de la situación administrativa en la que se encuentren, y garantizar la universalidad del acceso a los sistemas de salud es una cuestión de justicia social y derechos humanos.

En el caso de España, a pesar de que el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud pretendía garantizar la cobertura universal del sistema público, todavía persisten barreras tanto formales como informales que dificultan el acceso de forma efectiva al cuidado de la salud de las personas migrantes.

La criminalización de la migración a nivel mundial y, particularmente en el continente europeo a partir del año 2015, se ha traducido en un refuerzo de las políticas restrictivas de derechos fundamentales para las personas migrantes, incluyendo el acceso a la asistencia sanitaria.

RECORRIDO DEL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA PARA PERSONAS MIGRANTES EN ESPAÑA

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁹ (en adelante Ley 16/2003) concedía el derecho a la asistencia sanitaria a todas las personas extranjeras inscritas en el padrón municipal, independientemente de su situación administrativa.

En el año 2012, el acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas migrantes quedó limitado a determinadas situaciones²⁰ —urgencia, asistencia a embarazo, parto y posparto, y personas extranjeras menores de 18 años—, y a la condición de asegurado²¹.

Las consecuencias de las políticas restrictivas de salud fueron más agudas especialmente en grupos más vulnerables: personas migrantes en situación administrativa irregular/incierta, personas de escasos recursos con

enfermedades crónicas, personas en paro de larga duración que permanezcan fuera de España por más de 90 días.

En el año 2018, a través del ya mencionado Real Decreto-ley 7/2018, se modificó la normativa con el objetivo de garantizar la cobertura sanitaria universal. La regulación establecida a partir de entonces reconoce el derecho a la protección de la salud a todas las personas extranjeras no registradas ni autorizadas a residir en España en las mismas condiciones que los españoles, y en el caso de las personas con el VIH, les permite tener acceso al tratamiento antirretroviral.

Sin embargo, la ambigüedad de algunos preceptos ha significado que en la práctica, en función de la comunidad autónoma que desarrolle la normativa, se den interpretaciones más o menos restrictivas que dificultan la universalidad del acceso al sistema sanitario público.

UNA RADIOGRAFÍA ACTUAL DEL ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PARA PERSONAS MIGRANTES

Entre las barreras más habituales que enfrentan las personas migrantes para acceder al sistema sanitario se encuentran:

- **Barreras administrativas:** trabas para obtener la tarjeta sanitaria en los primeros 90 días de estancia o dificultades para acreditar una estancia superior a 90 días, requisito de empadronamiento y trabas para que las personas migrantes se empadronen (requisito de documento de identidad en vigor, imposibilidad de aportar un contrato de alquiler o encontrarse en situación

de calle), requisito del certificado de no exportación del derecho a asistencia sanitaria en el país de origen (con frecuencia, solo se puede conseguir este certificado en el país de origen, algo imposible para las personas en situación administrativa irregular), tiempos de espera para la tramitación del DASE (Documento de Asistencia Sanitaria para Ciudadanos Extranjeros sin residencia legal en España) o DASPI (Documento de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional) en la Comunidad de Madrid, etc.

- **Barreras económicas:** facturación de la asistencia a personas no dadas de alta en los sistemas de salud, dificultades para acceder a medicamentos, etc.
- **Barreras culturales:** ausencia de intérpretes y/o de mediación intercultural, reproducción de estereotipos y prejuicios en base a la nacionalidad, etnia-raza o situación administrativa, etc.
- **Barreras informativas:** ausencia de acompañamiento e informaciones incompletas desde el personal sanitario, problemas en el acceso a la información de manera digital, dificultades lingüísticas, etc.
- **Barreras físicas:** transporte hacia los entornos sanitarios, horarios restrictivos para la realización de determinados trámites, etc.

19. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (2000). Observación general n°14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Disponible en: refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991

20. Recogido en el artículo 1 del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

21. Regulado a través del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Algunas de las situaciones administrativas que pueden enfrentar las personas migrantes y que más dificultan el acceso a la salud son:

ESTANCIA DE CORTA O LARGADURACIÓN

Estancia de corta duración (ya sea por turismo, motivos profesionales u otras razones, autoriza a permanecer en España máximo 90 días) o estancia de larga duración²²: En estos casos no se tiene derecho a la cobertura del Sistema Nacional de Salud, ya que la normativa española relativa a visados²³ exige la contratación previa de un seguro de salud que cubra cualquier tipo de contingencia sanitaria que pueda ocurrir durante el período en el que se encuentren en España.

Las personas con el VIH que tengan planeado viajar a España a través de uno de estos visados deben tenerlo en cuenta previamente, y traer consigo la medicación suficiente para no interrumpir el tratamiento durante su estancia, o bien, pagar por él. En el caso de acudir a algún centro de salud u hospital público, se les cobrará por la asistencia sanitaria recibida, ya sean analíticas, medicación, etc.

En el caso específico de personas con el VIH que llegan a España con un visado de estancia de larga duración —por estudios, movilidad de alumnos, servicios de voluntariado o actividades formativas—, se han detectado dificultades particulares para continuar el tratamiento de forma eficaz, ya que solo es posible entrar a territorio español con medicación para 3 meses (90 días) y tampoco se puede recibir medicación desde el país de origen, ya que al pasar los controles aduaneros no se autoriza la entrada de la medicación a pesar de la existencia de un informe que acredite el uso particular de esta.

SITUACIÓN ADMINISTRATIVA INREGULAR/INCIERTA

Tras un período de 90 días, las personas extranjeras que carezcan de una autoriza-

ción de estancia de larga duración —por estudios, movilidad de alumnos, servicios de voluntariado o actividades formativas— o una autorización de residencia, de forma general, se considera que se encuentran en situación administrativa irregular/incierta. En esta situación también quedarían englobadas las personas procedentes de algún país de la Unión Europea o de otro Estado que forme parte del espacio Schengen, que, tras 3 meses en España, no se hayan inscrito en el Registro Central de Extranjeros.

En estos casos, tal y como establece la normativa desde su modificación en el año 2018²⁴, tendrían derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, y dicha asistencia se realiza con cargo a fondos públicos siempre que las personas cumplan todos los siguientes requisitos:

- A. No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable.
- B. No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.
- C. No existir un tercero obligado al pago.

Una vez que se ha comprobado que la persona cumple las diferentes condiciones, puede acceder al sistema sanitario y al tratamiento antirretroviral sin coste alguno.

Sin embargo, el proceso para que las personas en situación administrativa irregular/incierta accedan a la cobertura sanitaria pública varía de una comunidad autónoma a otra, dificultando en mayor o menor medida el proceso con varios trámites administrativos y tiempos de espera que contribuyen a que el proceso no sea sencillo. Igualmente, también se producen de forma frecuente dificultades para acreditar que no se puede exportar el derecho de cobertura sanitaria desde el país de origen o procedencia. Los efectos negativos de esta situación afectan especialmente a la continuidad del tratamiento antirretroviral de las personas que viven con el VIH.

Por ello, la mayoría de organizaciones que forman parte de Cesida realizan asesoramientos a personas migrantes y acompañamientos para la gestión de la tarjeta sanitaria, con el objetivo de asegurar que puedan acceder de forma efectiva al cuidado de su salud. En el siguiente enlace se pueden consultar las diferentes entidades existentes en cada territorio: cesida.org/quienes-somos/organizaciones

SOLICITANTE DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL

Las personas solicitantes de protección internacional, a la espera de que se les resuelva su solicitud —en la que se les puede conceder asilo, protección subsidiaria o rechazar plenamente la solicitud—, tienen derecho a la asistencia sanitaria durante todo el procedimiento. Por tanto, a aquellas personas solicitantes de protección internacional con el VIH debe garantizárseles el tratamiento y seguimiento desde que tienen el resguardo de solicitud de asilo hasta la resolución del procedimiento.

Sin embargo, en varias comunidades autónomas se producen de forma frecuente barreras para el cuidado de la salud de las personas que se encuentran en esta situación, ya sea por discontinuidades en la asistencia sanitaria de las personas, desconocimiento del personal sanitario de los documentos acreditativos —especialmente del documento de Manifestación de Voluntad de presentar solicitud de protección internacional— o, en el caso de comunidades con políticas más restrictivas como la Comunidad de Madrid, el requisito del DASPI (Documen-

to de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional) y el tiempo de espera hasta su resolución, que puede llegar a los 6 meses²⁵.

RESIDENCIA TEMPORAL POR REAGRUPACIÓN FAMILIAR Y RESIDENCIA TEMPORAL NO LUCRATIVA

En estos casos, la normativa vigente relativa a visados exige contar con un seguro de enfermedad, por lo que no quedarían cubiertos por la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.



22. No debe confundirse la situación de estancia de larga duración, en la que las personas se encuentran de forma temporal en España para un período por estudios, movilidad de alumnos, servicios de voluntariado o actividades formativas, con una situación de residencia, en la que salvo casos específicos, las personas migrantes quedan cubiertas por el sistema de salud público.

23. Recogido en el Real Decreto 1155/2024, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

24. Recogido en el artículo 1, apartado 3, del Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

25. Plataforma Yo Sí Sanidad Universal (2022). Un derecho hecho pedazos: El derecho a la asistencia sanitaria en las CCAA. Informe acerca de la trasposición y aplicación del RDL 7/2018 a nivel autonómico entre 2018 y 2022. Noviembre 2022.

11. AGENTES DE SALUD



Los y las agentes de salud son personas que pertenecen a un determinado grupo y que están especialmente formadas y concienciadas para transmitir al resto de sus compañeros y compañeras conocimientos tendentes a un cambio de actitudes, prácticas y/o comportamientos. Esto es lo que se llama educación entre iguales.

Esta metodología se caracteriza por:

Facilitar el acceso a los servicios sanitarios a grupos de población con mayores barreras y dificultades de acceso a los canales institucionales, así como difundir información de prevención y comportamientos saludables adaptada a sus necesidades y que disminuyan su vulnerabilidad.

Promover modelo horizontal de comunicación que se apoya en la necesidad de implicar a la comunidad en el proceso educativo.

Desarrollar un proceso donde las personas usuarias asumen el protagonismo, incorporando la doble perspectiva de aprender para luego enseñar a sus iguales.

Orientar los aprendizajes hacia la acción.

Retroalimentar de forma constante y ser un proceso dinámico.

Impulsar la participación activa, contribuyendo a interiorizar la información, mejora de la autoestima y los sentimientos de

autoeficacia, así como favoreciendo el compromiso con los cambios interiorizados y aceptados.

Las personas formadas como agentes de salud deben cumplir una serie de requisitos:

- Ejercer funciones de liderazgo y ser personas de referencia dentro de la comunidad.
- Ser comunicadores o comunicadoras creíbles.
- Inspirar confianza.
- Tener buen trato.
- Ser personas apreciadas y aceptadas por el grupo.
- Conocer en profundidad la comunidad a la que se dirigen.
- Tener motivación para educar a otras personas.
- Poseer conocimientos claros y prácticos de comunicación educativa interpersonal y grupal.

Estas personas deben ser formadas adecuadamente para que adquieran los conocimientos, habilidades y motivación suficiente para llevar a cabo las prácticas preventivas. Para ello es muy importante que los/as educadores/as se sientan desde el primer momento responsables dentro del proyecto y que aporten todas sus ideas e influencias.

Más allá del aprendizaje de los contenidos formativos, las personas formadas como agentes de salud deben **aprender a transmitir la información**, por lo que es necesario tener en cuenta varios aspectos:

- La información tiene que ser clara y precisa, utilizando términos sencillos y comprensibles.
- Es importante utilizar diferentes dinámicas que faciliten al grupo la comprensión de estos contenidos.
- Hay que promover el aprendizaje de habilidades para el desarrollo de conductas sexuales saludables desde una perspectiva de género.
- A lo largo de las intervenciones hay que analizar los conocimientos y actitudes del grupo acerca del VIH.
- Al hablar de transmisión sexual, hay que tener en cuenta que la sexualidad es un aspecto global de la persona y que a la hora de trabajar este tema se pueden despertar sentimientos y emociones que se deben entender.
- Es importante que cada persona analice sus actitudes ante la sexualidad y promover el respeto por cualquier orientación y opción sexual.
- Es importante transmitir que la prevención no significa renunciar al placer.
- Cuando se hable del preservativo, debe quedar claro cómo se utiliza, para lo que puede ser útil hacer uso de dinámicas o juegos. Se deben trabajar, igualmente, las habilidades de comunicación y negociación a la hora de utilizarlo.
- Hay que conocer los pensamientos del grupo acerca de la prevención, así como las dudas, miedos y problemas que suelen tener a la hora de utilizar las medidas preventivas.

- La metodología utilizada debe ser **dinámica y participativa**, y las técnicas elegidas dependerán de los conceptos que se quieran transmitir, los objetivos planteados, el grupo, y el tiempo disponible.
- Es importante aclarar dudas y **romper con tópicos** y falsas creencias asociadas al VIH, así como otros estereotipos y prejuicios existentes relativos a la migración, el género, la diversidad sexual, etc.
- Ser agente de salud no significa ser una persona experta en el tema, por ello es conveniente saber los **recursos a los que derivar**.
- El trabajo de agente de salud requiere una **formación amplia**, una metodología que facilite la transmisión de los contenidos y flexible, para poder adaptarla a las diferentes circunstancias y realidades de los grupos.
- Las y los agentes de salud deben tener la capacidad de **ponerse en el lugar de las otras personas**, teniendo consideración hacia sus ideas y valores, comprendiendo sus puntos de vista y estableciendo una relación que favorezca la comunicación.
- Además de las habilidades necesarias para la transmisión de la información, una parte fundamental de la comunicación es la recepción de información. En este sentido, las personas formadas como agentes de salud deben poner en práctica la **escucha activa**.
- La escucha activa incluye no interrumpir a las personas mientras se expresan, así como hacer uso de **estrategias verbales** y no verbales tales como:
 - Asumir una **postura activa**, sin cruzar los brazos.
 - Mantener **contacto visual**.
 - Mantener una expresión facial de **atención**.
 - Asentir con la cabeza.
 - Introducir breves respuestas verbales: “ya veo”, “uh-uh”, “entiendo...”

- Usar un tono de voz adecuado.
- Parafrasear.
- Preguntar.
- No interrumpir.
- No juzgar.
- Atender al contenido de las expresiones verbales y al lenguaje no verbal de la otra persona.
- Identificar los sentimientos de la otra persona.
- Prestar atención al momento en el que la otra persona desea que hablemos y terminemos con el papel de “escuchar”.

Además de la escucha activa, también es importante **mantener otras actitudes y aptitudes positivas**:

- La **empatía**, poniéndose en el lugar de la otra persona, comprendiendo lo que se dice y lo que se siente, así como haciéndoselo entender a la otra persona a través del lenguaje verbal y no verbal, pero sin que esto signifique hacer “propios” los problemas “de la otra persona”
- El **refuerzo** de lo que las personas manifiestan que les gusta o parece positivo.
- La transmisión de información, **aclarando dudas** y utilizando un lenguaje claro y concreto.
- **Asegurar la comprensión** de la información transmitida por parte de las personas a las que se dirigen. Para ello, es conveniente:
 - Hacer preguntas para confirmar que se ha entendido el significado de nuestras palabras.
 - Animar para que formulen preguntas, aclaren dudas, expongan situaciones concretas, etc.
 - Facilitar que las personas puedan tener una imagen general de la información transmitida y una serie de mensajes clave.



GLOSARIO DEL VIH

■ Adherencia	Estricto cumplimiento de una terapia basada en el consumo de fármacos. En el caso de los medicamentos antirretrovirales, el principal propósito de la adherencia es evitar la resistencia a los medicamentos.
■ Anticuerpo	Componente del sistema inmunitario generado para luchar contra una infección. Cada anticuerpo reconoce un antígeno específico.
■ Antígeno	Sustancia presente en la superficie del virus o bacteria. El antígeno es reconocido por el sistema inmunitario, que procede a generar anticuerpos contra él.
■ Antirretroviral	Fármaco indicado para el tratamiento de infecciones por retrovirus, principalmente el VIH. Cuando varios de estos medicamentos, por lo general tres o cuatro, se toman en combinación, el enfoque es conocido como terapia antirretroviral de gran actividad o TARGA.
■ Carga viral	Cantidad de virus presente en la sangre, fluidos genitales u otros tejidos. Los resultados se dan en número de copias de material genético del VIH por mililitro de sangre (copias/ml).
■ Carga viral indetectable	Cuando la cantidad de VIH (carga viral) es inferior a 50 copias/ml.
■ Efectos secundarios	Acciones o efectos no terapéuticos de un medicamento. El término, usualmente, se refiere a efectos negativos o no deseados tales como; dolores de cabeza, irritación de la piel o daño hepático.
■ ELISA (Test o prueba)	Abreviatura inglesa de Enzyme Linked Immunosorbent Assay. Prueba para buscar anticuerpos y antígenos del VIH.

■ Enfermedad oportunista	Enfermedad causada por un organismo que no suele afectar a una persona con un sistema inmunitario sano. Sin embargo, puede ocasionar graves enfermedades en personas con un sistema inmunitario deteriorado.
■ Enfermedad transmisible	Enfermedad causada por un agente infeccioso específico, o por sus productos tóxicos que tiene su origen en la transmisión de ese agente o de sus productos tóxicos desde una persona infectada a un huésped susceptible.
■ Epidemiología	Disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas.
■ Incidencia	Número de casos nuevos de una enfermedad en una población definida a lo largo de un período de tiempo también definido (generalmente, se mide anualmente).
■ Inmunidad	Cuando el sistema inmunitario ya ha generado protección frente a una infección.
■ Inmunodepresión	Disminución de la capacidad inmunitaria del organismo.
■ ITS	Infección de transmisión sexual.
■ Recuento de linfocitos CD4	Análisis sanguíneo que indica la fortaleza del sistema inmunitario.
■ Pandemia	Propagación de una enfermedad a nivel mundial, o en un área muy extensa, afectando a un gran número de personas.

GLOSARIO DEL VIH

Pauta médica	Tratamiento de una enfermedad propuesto por un médico. Está formada por uno o varios medicamentos y sus periodos y formas de administración.
Periodo ventana	El periodo ventana o también llamado conversión serológica es el tiempo que el cuerpo tarda en reaccionar a la infección por el VIH y crear anticuerpos frente a la infección.
Práctica de riesgo	Cualquier tipo de comportamiento, sexual o no, que pueda transmitir el VIH.
Prevalencia	Número total de individuos de una población que presentan un atributo o enfermedad en un momento determinado, dividido por el total de la población en ese momento.
PEP Profilaxis Postexposición	Un ciclo de tratamiento con fármacos antirretrovirales (por lo general, durante un mes) para reducir la posibilidad de infección.
PrEP Profilaxis Preexposición	Uso de fármacos contra el VIH antes de una posible exposición al virus para reducir la posibilidad de infección.
Promoción de la salud	Visión amplia, holística y medioambiental de la salud- haciendo énfasis en la equidad y la justicia social- como un medio para mejorarla a través de la educación, la movilización social y los derechos humanos.
Prueba del VIH	Análisis específico de sangre o saliva que permite detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH o de su material genético.



Resistencia	Es un cambio en la estructura genética de un organismo que hace que un fármaco deje de funcionar.
Seroconversión	Reacción inmunitaria por la que el organismo desarrolla anticuerpos frente a una infección. En el caso del VIH, el 80% recuerda haber sufrido algún síntoma, mientras que otras no presentan ninguno.
Sistema inmunitario	Conjunto de elementos del cuerpo humano que tiene la función de combatir las agresiones de agentes patógenos (causantes de enfermedades) a fin de mantener la salud.
TARGA	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad. Incluye las diferentes combinaciones de medicamentos antirretrovirales.
Virus	Grupo de agentes infecciosos caracterizados por no ser capaces de reproducirse fuera de una célula viviente. Son incapaces de multiplicarse fuera de una célula huésped, ya que no pueden sintetizar proteínas sin usar la maquinaria de la célula huésped.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

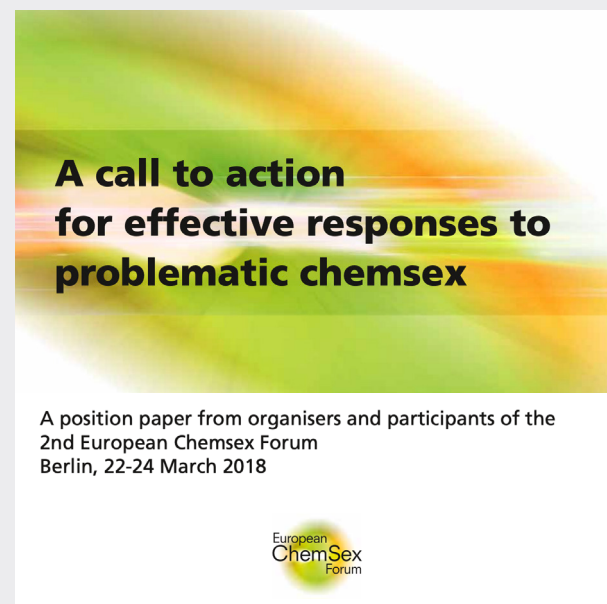
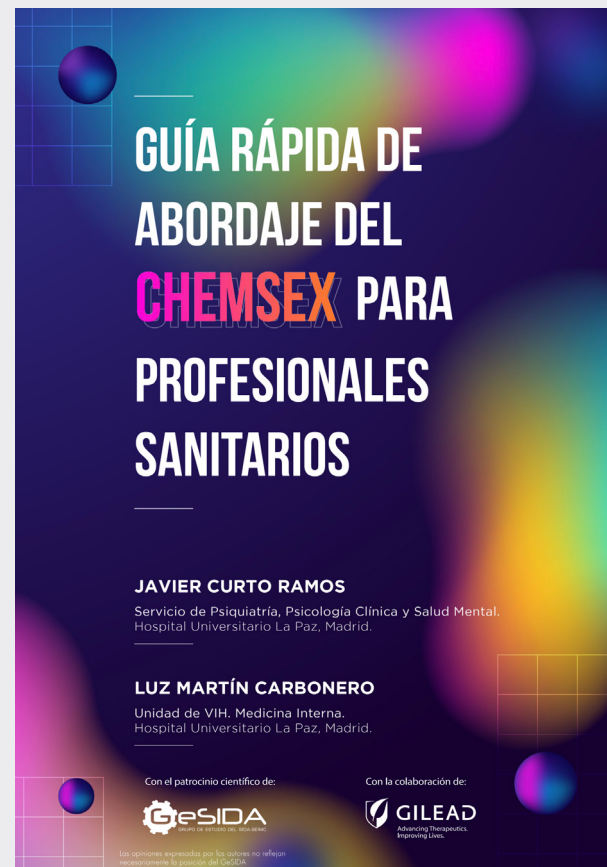
Cesida (2024). Guía de buenas prácticas en el ámbito de la prevención y el abordaje del chemsex. Madrid, 2024. Disponible en: cesida.org/wp-content/uploads/2023/04/BUENAS-PRACTICAS_Chemsex_Cesida.pdf

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (2000). Observación general nº14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Disponible en: refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991

Curto Ramos, J. y Martín Carbonero, L. (2024). Guía rápida de abordaje del chemsex para profesionales sanitarios. Madrid, 2024. Disponible en: saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/guia_chemsex.pdf

Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH (2024). Resultados 2024. Análisis de la evolución 2009-2024. Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III / División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2024. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_Encuesta_hospitalaria_2009_2024.pdf

European Chemsex Forum. (2019). 'A call to action for effective responses to problematic chemsex', 2nd European Chemsex Forum. Berlín, marzo 2018. Disponible en: ilga-europe.org/sites/default/files/Final%20position%20paper.pdf



Fuster-Ruiz de Apodaca MJ., Prats-Silvestre, C., Iniesta, C., Koerting, A., Velayos, R., Del Amo, J. Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España. Ministerio de Sanidad, Coordinadora Estatal de VIH y Sida y Universidad de Alcalá. Madrid, 2024. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PACTOSOCIAL/docs/Informe_Experiencia_Estigma_PVIH.pdf

Grupo de Trabajo de PrEP (2021). Manual de implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; diciembre 2021. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Manual_PrEP_FINAL.pdf

Grupo de Estudio del SIDA - GeSIDA (2025). 'Lactancia materna en el recién nacido expuesto al VIH: Recomendaciones y seguimiento madre-hijo', Guías Clínicas. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), enero 2025. Disponible en: guiasclinicas.gesida-seimc.org/version/?do=show&pk=23

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) (2020). Embarazo, salud materna y VIH. Guía básica elaborada por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH). Barcelona, abril 2020. Disponible en: gtt-vih.org/files/active/1/Guia_embarazo_y_VIH_2020_web.pdf

ONUSIDA (2025). Actualización mundial sobre el sida 2025: Sida, crisis y el poder de transformar. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Ginebra; julio 2025. Disponible en: unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf

Organización Mundial de la Salud (2006). Salud sexual. Disponible en: who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Plataforma Yo Sí Sanidad Universal (2022). Un derecho hecho pedazos: El derecho a la asistencia sanitaria en las CCAA. Informe acerca de la trasposición y aplicación del RDL 7/2018 a nivel autonómico entre 2018 y 2022. Noviembre 2022. Disponible en: yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/informes/informe-derecho-asistencia-sanitaria-comunidades-autonomas/1837562004-1669587030/informe_derecho-a-la-asistencia-sanitaria-en-ccaa-un-derecho-hecho-pedazos.pdf

Puig, J., Satorra, P., Martínez, A., González, S., Güerri-Fernández, R., Arrieta-Aldea, I., Arnau, I., Prats, A., Buhichyk, V., Tebe, C., & Negro, E. (2025). 'Short Assessment for People with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Aged 50 Years or Older: Essential Tests from Comprehensive Geriatric Assessment', Viruses, 17 (7), 887. Disponible en: doi.org/10.3390/v17070887

Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis (2024). Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2023: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III / División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2024. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2023_Nov_2024_def.pdf

Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C (2024). Indicadores clave: Infección por VIH e Infecciones de Transmisión Sexual. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III / División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2024. Disponible en: sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/INDICADORES_VIH_e_ITS_Febrero_2024.pdf

REFERENCIAS LEGISLATIVAS

■ ÁMBITO NACIONAL

✓ Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

✓ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

✓ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

✓ Real Decreto ley 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

✓ Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

✓ Real Decreto-ley 1155/2024, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4-2000, de 11 de enero, sobre derecho y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

■ ÁMBITO DE LA UNIÓN EUROPEA

✓ Reglamento (UE) 2019/1155 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 810/2009 por el que se establece un Código comunitario sobre visados (Código de visados).

CESIDA

En junio del 2002 se creó la Coordinadora Estatal de VIH/sida (Cesida), una federación de asociaciones del Estado español que trabajan en el ámbito del VIH/sida, de carácter no lucrativo y no gubernamental, que promueve la presencia y participación ciudadana en el diseño y desarrollo de las políticas y estrategias integrales relacionadas con la infección por el VIH.

Actualmente está formada por 80 entidades que representan a más de 120 organizaciones.







Cesida

cesida@cesida.org
cesida.org

Subvencionado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA
Y EQUIDAD EN SALUD

DIVISIÓN DE CONTROL
DE VIH, ITS, HEPATITIS VIRALES
Y TUBERCULOSIS