

RED DE PROGRAMAS COMUNITARIOS DE CRIBADO DE VIH REDCOVIH

INFORME PRELIMINAR

ENERO-OCTUBRE 2021

AGRADECIMIENTOS:

- *A todas las personas que formaron parte de los equipos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida, Subdirección General de Tecnologías de la Información, Unidad de Vigilancia epidemiológica del VIH en el Centro Nacional de Epidemiología y Salud-Red que idearon, configuraron y organizaron lo que hoy es RedCoVIH*
- *A todas las personas que en los equipos actuales de las mismas unidades han hecho posible el funcionamiento de la plataforma en línea*
- *A todas las personas que trabajan en los programas comunitarios y que participan activamente en RedCoVIH*
- *A todas las personas de las Comunidades y Ciudades Autónomas que participan activamente en esta red.*

Este documento ha sido elaborado por:

Roxana Tuesta,

Asistencia técnica externa en la División de control de VIH/ITS/ Hepatitis virales y Tuberculosis

María C. Vázquez,

Jefa de Área de Prevención y Coordinación en la División de control de VIH/ITS/ Hepatitis virales y Tuberculosis

Ha sido revisado por:

Asunción Díaz Franco.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Salud Carlos III.

Entidades comunitarias que participan en RedCoVIH

Comunidades Autónomas que participan en RedCoVIH

Cita sugerida:

División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Red de Programas Comunitarios de Cribado de VIH (RedCoVIH). Informe preliminar enero-octubre 2021. D.G. de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid; Nov 2021.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. NOTAS ACLARATORIAS.....	7
3. PROGRAMAS	8
4. PRUEBAS REALIZADAS	11
5. RESULTADOS REACTIVOS	16
6. CONCLUSIONES.....	18
Referencias bibliográficas.....	20

1. INTRODUCCIÓN

El beneficio más evidente de la oferta de pruebas rápidas en entornos comunitarios reside en la disminución de barreras de acceso al diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (1,2,3), de interés especial en personas y colectivos a riesgo de contraer la infección e internacionalmente reconocidas como poblaciones clave para las estrategias de prevención y control de la transmisión de la infección por VIH. Al mismo tiempo este tipo de oferta en centros comunitarios también contribuye a atenuar determinadas barreras individuales como el miedo a realizarse la prueba, al estigma y/o a ser juzgado desde una perspectiva moral (2). El acceso mejorado a pruebas rápidas redundará en un mejor control de la transmisión de esta infección, tanto por favorecer un diagnóstico más temprano, por facilitar una vinculación rápida al tratamiento y disminuir las cargas virales, como por propiciar un cambio de comportamiento individual.

En noviembre de 2020, el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC) hizo un llamamiento para mejorar la realización de pruebas en Europa en su conjunto y tanto esta Centro como la Organización Mundial de la Salud (OMS) situaron como uno de los 3 pilares para la reducción de nuevas infecciones, la provisión de servicios de test y de consejo asistido eficientes, incluyendo los servicios de pruebas rápidas en entornos comunitarios y el autotest de infección por VIH (4). Para ser efectivos, estos servicios deben estar vinculados a servicios de provisión de tratamiento antirretroviral (2).

En España, la red de información de programas comunitarios en los que se realizan pruebas rápidas en entornos comunitarios –RedCoVIH– se proyectó hace varios años y ha sido en 2021 cuando finalmente ha iniciado su andadura de modo efectivo. Esta Red nace como una herramienta al servicio de la recogida y análisis de la información de las pruebas rápidas realizadas en entornos comunitarios de modo sistematizado y voluntario, la visibilización de la importancia del diagnóstico precoz de infección por el VIH y la mejora de las estrategias de prevención y control de la transmisión. Esta red empieza a funcionar, cuando en numerosas CCAA ya existen sistemas de información con el objetivo de disponer de información sobre pruebas rápidas en entornos comunitarios, por lo que RedCoVIH se crea con una vocación de aunar esfuerzos y de favorecer e impulsar la coordinación entre entidades comunitarias y responsables sanitarios del SNS.

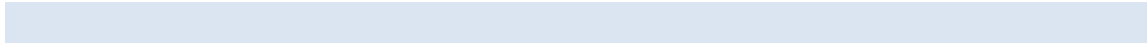
En España la tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH es superior a la media de los países de la Unión Europea (5) y la proporción de diagnóstico tardío es muy elevada, un 45.9% en 2019, con una tendencia estabilizada en los últimos años (6). Por otra parte, según la última actualización del continuo de atención del VIH en España, en torno al 13,0% (IC95%: 11,1%-15,0%) de las personas que viven con VIH en España desconocen que tienen la infección (7), punto crítico para el control de la transmisión que tiene que abordarse como objetivo prioritario.

Para el año 2030 el objetivo en relación con la infección por VIH es poner fin a la epidemia como problema de salud pública, apelando desde ONUSIDA a un enfoque acelerado para conseguirlo, proponiendo como objetivos 95-95-95 y 0 discriminación para ese año (8). En

España, el nuevo Plan para la prevención y control de la infección por VIH y otras ITS 2021-2030 establece en dos de sus cuatro objetivos estratégicos promover la prevención combinada y promover el diagnóstico precoz del VIH y otras ITS.

Las entidades comunitarias y sociales que ofrecen servicios de pruebas de VIH contribuyen a reducir la población de personas con la infección no diagnosticada y favorecen un diagnóstico más temprano, propiciando el vínculo necesario con la atención sanitaria y el tratamiento (9).

La participación en RedCoVIH es voluntaria. Este documento presenta una descripción de programas participantes en RedCoVIH y de las pruebas realizadas entre el 1 de enero y el 17 de octubre de 2021.



2. NOTAS ACLARATORIAS

Para la interpretación de la información que contiene este documento, conviene detallar algunos aspectos a tener en cuenta.

1.- La información disponible a fecha de realización de este informe no se puede considerar representativa territorialmente.

2.- La información que se incluye sobre la estructura de los programas en este informe no necesariamente representa a los programas que han provisto la información de las pruebas realizadas.

3.- La unidad de la información es la prueba realizada y no la persona que se la realiza. Aunque en este momento de la implementación de la red es plausible que sea muy similar el número de personas y el de pruebas, conviene tenerlo en cuenta ya que una misma persona puede haberse realizado más de una prueba rápida. La información recogida con ocasión de la realización de las pruebas es anónima y autodeclarada.

4.- La información es preliminar: en el periodo considerado pueden haberse realizado más pruebas de las que aquí se describen

5. Existen tres niveles de usuarios: entidades comunitarias gestoras de los programas, responsables en las Comunidades y Ciudades Autónomas y Ministerio de Sanidad. Los usuarios CCAA tienen opción para que sean las entidades comunitarias en sus respectivos territorios quienes provean la información o para ser ellas mismas quienes provean la información. Esta última opción ha sido la elegida por algunas CCAA que ya cuentan con sistemas de información propios.

6. Para la descripción del nivel de estudios, se ha considerado estudios obligatorios desde graduado escolar, EGB o la actual ESO, dado el continuo cambio en la normativa educativa y como estudios secundarios aquellos estudios más avanzados entre la educación obligatoria y la universidad.

3. PROGRAMAS

Un total de 45 programas comunitarios participan activamente en RedCoVIH aportando información sobre las pruebas rápidas que realizan. De ellos, se cuenta con información sobre su estructura en 25, que supone poco más de la mitad (55,6%).

La Comunidad Autónoma con un mayor número de programas incluidos en RedCoVIH es la Comunidad de Canarias; hecho que se explica porque en esta CA se cuenta previamente con un programa que recoge información sobre pruebas rápidas que se volcará desde el Plan de control de VIH de esta Comunidad, evitando así la duplicidad de las tareas. En este punto conviene añadir el acuerdo con otra CA para trabajar conjuntamente a través de un procedimiento similar.

Figura 1. Distribución de programas según CCAA



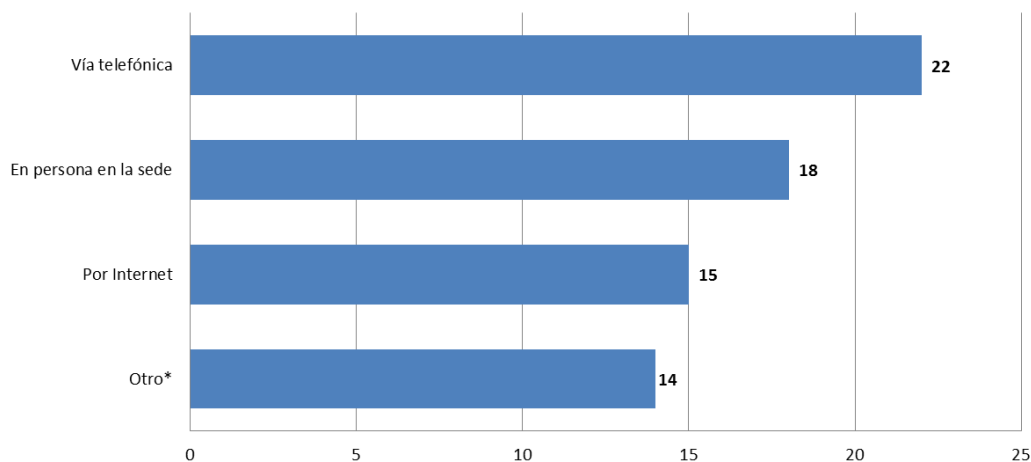
CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE PRUEBAS DE VIH EN ENTORNOS COMUNITARIOS:

3.1. CITA PREVIA

En el 92% (23) de los programas que han provisto esta información se precisa una cita previa para realizar la prueba rápida y en casi todos (21) se ofrecía más de una modalidad para solicitar esta cita: personalmente en el centro comunitario, vía telefónica, vía internet u otros (Figura 2).

La modalidad más utilizada para concertar la cita previa fue la telefónica, seguida por la realizada personalmente.

Figura 2. Número de programas por modalidad de cita previa



*Otro: Redes sociales y aplicaciones móviles de comunicación (Whatsapp, Grindr, Wapo, cibereducaro), visitas a locales y pisos.

** Categorías no excluyentes

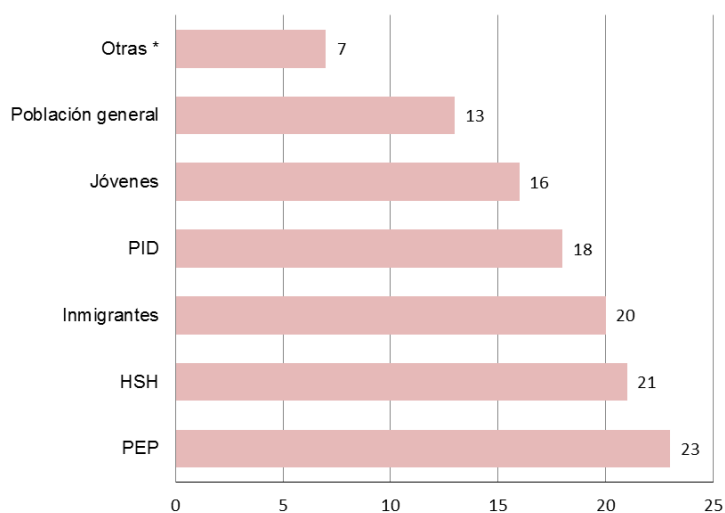
3.2 POBLACIÓN DIANA DE LOS PROGRAMAS

Casi todos los programas (92%) se dirigen a más de una población clave (Figura 3). La variable que recoge la población diana de los programas es de opción múltiple.

El grupo de las personas que ejercen la prostitución (PEP) fue la población diana para 23 (92%) de los 25 programas que aportaron información, seguida del colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) para el 84% (21) de los programas. Les siguieron el colectivo de personas migrantes 80% (20) y las personas que se inyectan drogas 72% (18).

Un 40% (10) de los programas se dirigían a todas las poblaciones clave citadas y a la población general, es decir están abiertos a cualquier persona que desee realizarse la prueba rápida.

Figura 3. Número de programas por población diana



* Población Transexual, usuarios de drogas en el contexto sexual, atención humanitaria, población LGTBI.

** Categorías no excluyentes

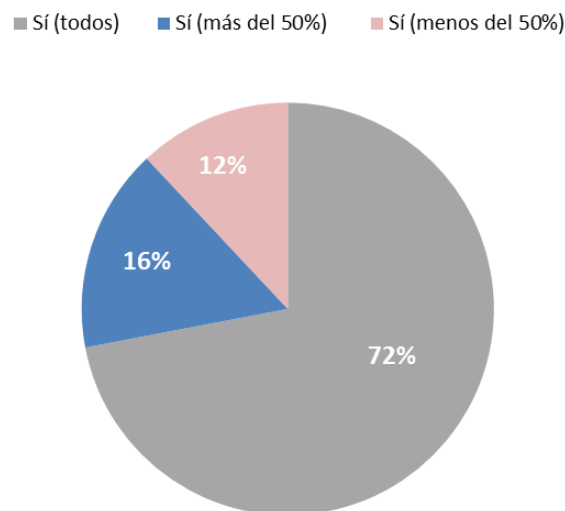
3.3. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Los programas que aportaron información (25) cuentan con una mediana de 4 personas dedicadas a ellos, con una misma mediana de 2 personas para personal contratado y personal voluntario.

Casi la totalidad de los programas informan de la existencia de un responsable de realización de las pruebas rápidas con formación específica para ello. En lo que respecta a la formación del personal implicado en la realización de las pruebas (Figura 4), en el 72% de programas todo el personal implicado se había formado para ello, frente al 28% de programas que refirieron que no todo el personal implicado había recibido esta formación.

En todos los programas que han facilitado esta información, se cuenta con un espacio independiente para realizar las pruebas y en un 76% (19) de ellos, dispone de contenedores higiénicos.

Figura 4. Distribución porcentual de personal con formación específica para la realización de pruebas de VIH



3.4. TEST UTILIZADO

En el 60% (15) de los programas se utiliza solo el test para muestras de sangre capilar, en un 16% (4) se utiliza solo el test para muestras de fluido oral y en un 24% (6) utilizan tests para ambos tipos de muestras.

Un 80% (20) contaba con una única fuente de provisión de test, frente al 20% (5) restante que contaban con dos fuentes de provisión de los mismos.

En 13 de los 25 programas con información (52%) la Consejería de Sanidad correspondiente es el único proveedor de los tests.

3.5 PROTOCOLOS Y SISTEMA DE REGISTRO

A este respecto, proveen información 24 programas de los que 21 manifiestan la existencia de un protocolo escrito de buenas prácticas y 16 cuentan con un fichero de datos personales sobre las pruebas realizadas.

Casi la totalidad (22) informa que cuentan con registro del número de lote del test a efectos de trazabilidad y cuentan también con un sistema de registro de stock.

En el 100% (25) de los programas se cuenta con protocolo para derivación de los y las usuarias con un resultado reactivo a efectos de confirmación y salvo uno de ellos, el resto tiene identificado el centro sanitario para la derivación y confirmación del resultado.

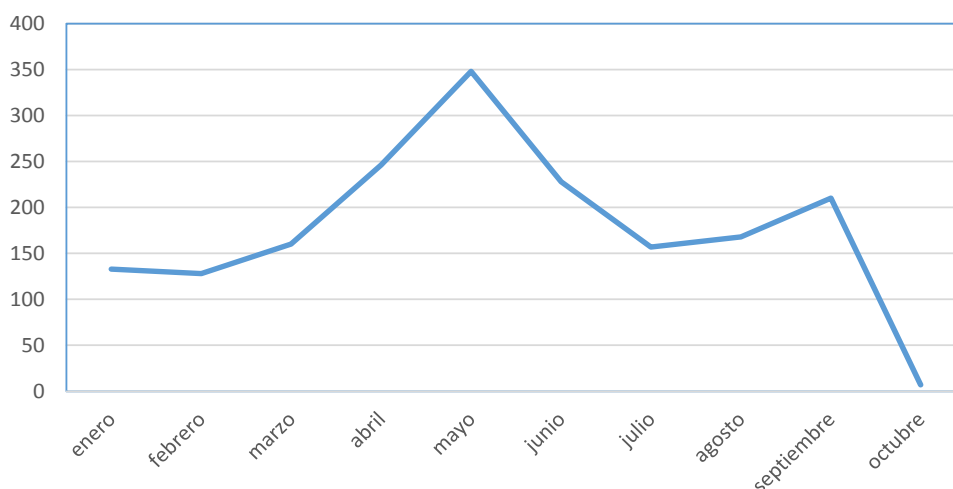
4. PRUEBAS REALIZADAS

CARACTERÍSTICAS DE LAS PRUEBAS DE VIH REALIZADAS EN ENTORNOS COMUNITARIOS:

Entre el 1 de enero y el 17 de octubre de 2021, las entidades que gestionan los programas comunitarios han incluido información de 1785 pruebas realizadas en 8 Comunidades Autónomas (Tabla 2).

En este periodo de tiempo, la distribución por meses apunta a dos meses con un mayor número de pruebas realizadas (Figura 5).

Figura 5. Distribución de pruebas realizadas según mes. Enero- 17 Octubre 2021



Casi 3 de cada 4 pruebas realizadas (72,9%) se hicieron en las Comunidades de Madrid y Andalucía, tal y como se presenta en la tabla siguiente. Castilla y León aportó cerca del 10% de las pruebas rápidas.

Tabla 1. Distribución de pruebas según Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	Nº de pruebas	% Pruebas
Madrid	772	43,25
Andalucía	529	29,64
Castilla y León	170	9,52
Navarra	143	8,01
Valencia	95	5,32
Murcia	68	3,81
Aragón	6	0,34
Castilla La Mancha	2	0,11
Total	1785	100,00

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS QUE SE REALIZARON PRUEBAS RÁPIDAS

En la red, se recogen una serie de variables sociodemográficas que permite aproximar el perfil de las personas que las realizan.

Se cuenta con información sobre el sexo en 1770 pruebas: la mayoría fueron hombres (73,9%) frente al 23,8% de mujeres. Se recogieron 39 pruebas en las que la persona se declaró transexual (2,2) y mayoritariamente mujer transexual (31 de 39).

La edad se conoce para 1767 pruebas. La edad media fue de 32,62 años (IC95% 32,15-33,10) y la mediana se situó en 31 años, con un intervalo entre 15 y 89 años¹.

En torno a 1 de cada 4 pruebas, la edad era inferior a los 25 años (24,4%) (Figura 5) y fueron también superiores los jóvenes (60,7%) a las jóvenes (36,9%) aunque en menor medida y el 2,4% declaró transexualidad.

Se cuenta con información sobre el nivel de estudios para 1609 pruebas; en casi la mitad de ellas (49%) se recogió que el nivel más elevado completado era el universitario (Figura 6).

1 La mínima edad que permite la plataforma para la inclusión de la información es de 15 años

Figura 5. Distribución de las pruebas rápidas según grupos etareos

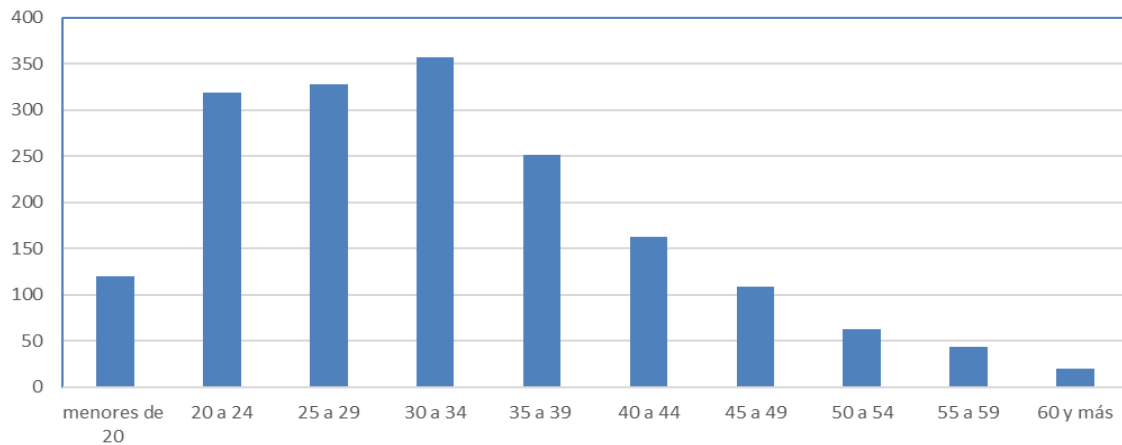
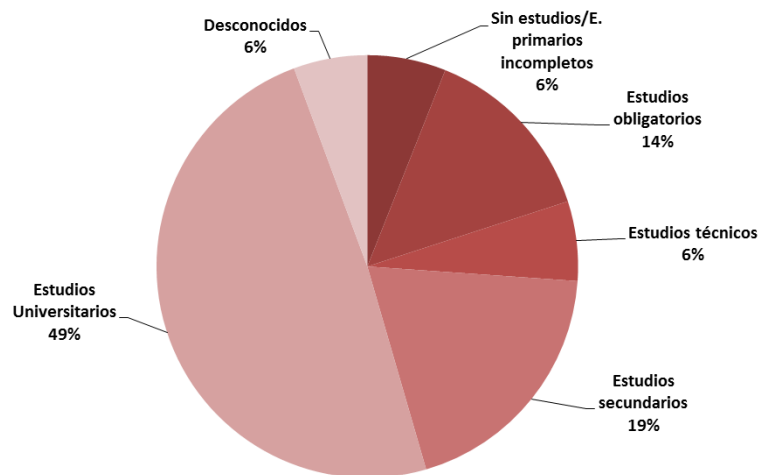


Figura 6. Distribución de las pruebas según nivel superior de estudios completado.



En un 53% (946) de las pruebas se recogió el nacimiento en España, ligeramente superior al 47% de nacimientos en un país diferente (839).

La *situación laboral* se conoce en 1556 pruebas realizadas. En más de la mitad (55,4%) se declaró ser trabajadores en activo (por cuenta ajena o propia), en un 18% se declaró desempleado con independencia de si contaban o no con prestación social y en un 16,6% la condición de estudiante.

De 1720 pruebas con información sobre esta variable, en un 10% (173) las personas que las realizaron declararon haber ejercido la prostitución en los 12 meses previos.

4.2 PRUEBAS PREVIAS

Para la variable de realización de pruebas previas, en el 66,9% se recogió el hecho de haber realizado pruebas con anterioridad

Entre quienes refirieron pruebas previas e informaron del número, un 37% refirió haber realizado entre una y tres pruebas, porcentaje similar al que declaró haberse realizado más de 11 (Tabla 2).

Las personas nacidas en España se habían realizado pruebas previas en un porcentaje superior (68%) al de las personas nacidas en otro país (32%).

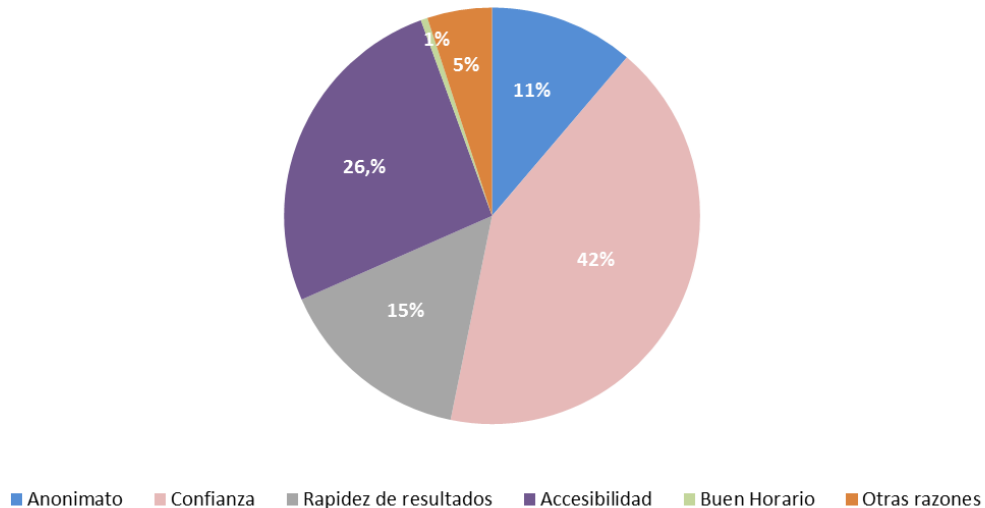
Solo en 140 pruebas se tiene información de las variables de edad y pruebas previas realizadas y de ellas solo 1 persona menor de 20 años declaró haberse realizado entre 1 y 3 pruebas previas. El mayor número de pruebas previas, llegando al 40% (56) se dio en el grupo de 25 a 34 años.

Tabla 2. Distribución del número de pruebas previas

Nº de pruebas previas	n	%
De 1 a 3	160	36,61
De 4 a 10	112	25,63
De 11 a 20	119	27,23
Más de 20	46	10,53
TOTAL	437	100

Se ha explorado el o los motivos por los que la prueba se realiza en el centro comunitario y en 1023 pruebas se ofrece esta información. Se recogió un único motivo en 953 (93,15%) (Figura 7). De éstas, se observa que la confianza y la accesibilidad son las dos motivaciones principales.

Figura 7. Distribución porcentual de las motivaciones recogidas (una única respuesta)



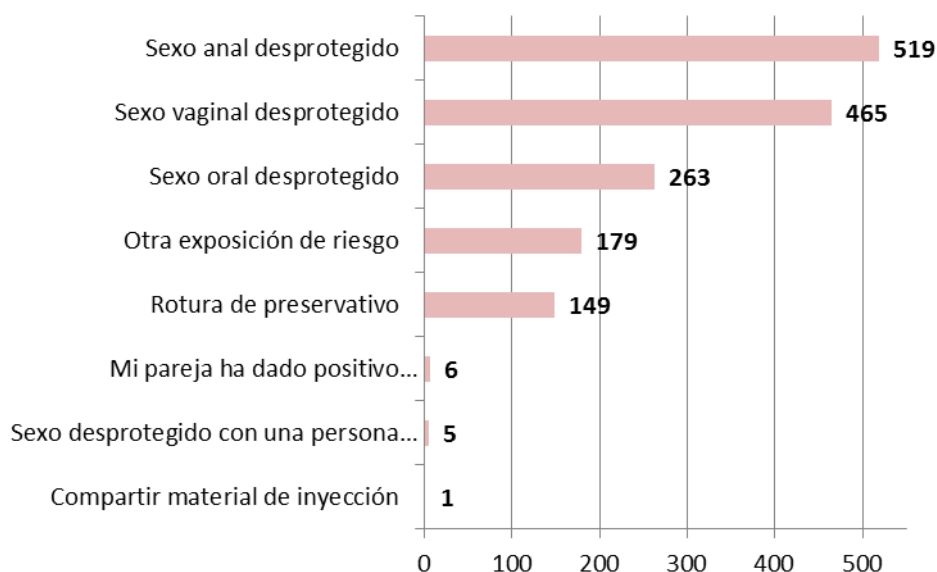
Se conoce el tipo de test utilizado en 1774 pruebas, de las que en un 73,1% (1297) se utilizó el test rápido en sangre capilar y en el 26,9% restante se usó el test con fluido oral.

4.3 EXPOSICIÓN DE RIESGO

La variable que recoge la exposición de riesgo para cada prueba contempla opciones múltiples que pueden haberse dado de modo conjunto, simultáneamente o no. En el 85,9% (1134) del total de pruebas se refería una única exposición de riesgo.

En conjunto, la exposición de riesgo declarada con más frecuencia fue el sexo anal desprotegido (32,7%), seguido de sexo vaginal desprotegido (29,3%) y sexo oral desprotegido en un 16.6% de las pruebas (Figura 8).

Figura 8. Exposiciones de riesgo referidas en las pruebas realizadas



*Otra exposición de riesgo: Sexo grupal desprotegido, pareja indetectable, compartir juguetes sexuales, intervención quirúrgica

5. RESULTADOS REACTIVOS

CARACTERÍSTICAS DE LAS PRUEBAS DE VIH QUE TUVIERON RESULTADO REACTIVO REALIZADAS EN ENTORNOS COMUNITARIOS:

Del total de pruebas realizadas, en 7 de ellas no se incluyó el resultado y en 33 el resultado fue reactivo, que supone un 1,86% de reactividad global.

La mayoría de las personas con resultado reactivo fueron hombres, un 90,3% (28), seguidos por un 6,4% (2) de mujeres y una mujer transexual (3,2%)

La mediana de edad se mantuvo en 31 años con un rango entre los 62 y los 20 años. No se produjo ningún resultado reactivo en pruebas realizadas por personas menores de 20 años

En cuanto a la localización geográfica la reactividad osciló entre 0,70 y 2,94.

La distribución de las variables sociodemográficas (tabla 3) muestra que la reactividad más elevada se produjo en las pruebas realizadas a personas entre 45 y 49 años, seguida de las personas entre 25 a 34 años, en aquellas que declararon no tener estudios o tener

incompletos los estudios primarios, seguidos de los que habían realizado estudios técnicos y en las personas que habían nacido en otro país.

Tabla 3. Distribución de variables sociodemográficas de pruebas realizadas reactivas y reactividad.

Variable	Categoría	Pruebas reactivas	Pruebas realizadas	Reactividad	% Pruebas reactivas
Grupo de edad	20-24	4	319	1,25	12,1
	25-29	10	328	3,04	30,3
	30-34	8	357	2,24	24,2
	35-39	3	251	1,19	9,1
	40-44	2	163	1,23	6,1
	45-49	4	109	3,67	12,1
	> 50	2	127	1,57	6,1
	Nivel de estudios	Sin estudios/E. primarios incompletos	3	97	3,09
Estudios obligatorios (Graduado escolar, EGB hasta 8º, Bachiller elemental o ESO)		4	225	1,78	12,12
Estudios técnicos (FP de grado medio o FP de grado superior)		2	98	2,04	6,06
Bachillerato o equivalente (Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato LOGSE)		6	312	1,92	18,18
Estudios universitarios (Diplomatura, Licenciatura, Grado, Masters, Postgrados, Doctorados)		13	786	1,65	39,39
Desconocidos o en blanco		5	267	1,87	15,15
País de Nacimiento	España	14	946	1,48	42,42
	Otro país	19	839	2,26	57,58

Casi el 85% de las pruebas reactivas en personas nacidas en otro país, lo fueron en hombres (16). En solo 6 pruebas reactivas se conoce el año de llegada y el rango oscila entre meses a 11 años de estancia en España.

Entre las pruebas reactivas, los motivos declarados por las personas para realizarse la prueba se repartió a partes iguales entre quienes la hacían como un control regular y quienes la hacían por otros motivos como la exposición sexual (45,2% cada uno). 2 personas declararon hacerse la prueba solo para conocer su estado de salud y 1 persona informó que presentaba síntomas clínicos

En 24 de las 33 pruebas reactivas (72,7%) no se produjo acompañamiento físico en la derivación de la persona para la confirmación por no realizarse el servicio en el programa en la mayor parte de los casos.

Se tiene la información de la confirmación del resultado reactivo en 31 de las 33 pruebas, siendo confirmado como infección por VIH en 31 de ellos, que supone un 94%.

Se recoge la información sobre nivel de CD4 y carga viral, aunque es muy escasa. En los 11 únicos casos en los que se recogió este dato, la mediana de CD4 fue de 348 (rango entre 189 y 986). De las 12 pruebas con información sobre carga viral, la mediana fue de 102312 (rango entre 1760 y 2710000)

En el 66,7% (22) de las pruebas reactivas se referían el/los motivos de exposición de riesgo y en todas se refirió una exposición sexual, la más frecuente fue el de sexo anal desprotegido (12 de 22).

6. CONCLUSIONES

El sistema RedCoVIH cuenta con una participación muy activa y creciente de entidades comunitarias y de CCAA, que sin duda redundará en la disponibilidad de información de interés para el conjunto de actores implicados y en una coordinación más estrecha.

Se detectan elementos mejorables en los programas como la existencia de contenedores para residuos, la trazabilidad de los test utilizados y la formación específica para la totalidad de las personas implicadas en la realización de las pruebas rápidas. Una mayoría de programas cuentan con recursos humanos y materiales que facilitan la oferta del servicio de prueba rápida.

Se observan dos momentos puntuales del periodo analizado con un mayor número de pruebas realizadas, en mayo y septiembre. Aunque podrían apuntar al periodo postvacacional de Semana Santa y verano es prematuro concluir, precisando de periodos de tiempo más amplios.

Los territorios donde se ha informado de mayor número de pruebas han sido la Comunidad de Madrid y Andalucía.

Los programas comunitarios en los que se realizan pruebas rápidas se dirigen a los colectivos considerados clave y a la población general. La red recoge información para la acción en las estrategias de prevención y control de la transmisión para estas poblaciones como la migrante, personas que ejercen la prostitución y el colectivo de personas jóvenes. No es posible concluir respecto del grupo de HSH.

El perfil sociodemográfico de las personas que se realizaron pruebas rápidas parece a priori similar al perfil de los nuevos diagnósticos de infección en España: hombres, jóvenes (mediana de 31 años), nivel universitario de estudios completado y país de nacimiento. Se declararon también activos laboralmente.

En 2/3 de las pruebas realizadas se observó que se habían realizado pruebas previas y la proporción de pruebas previas fue superior en personas nacidas en España que en el de nacidos en otro país. Las personas que con mayor frecuencia se realizan pruebas rápidas de infección por VIH tenían entre 25 y 34 años. Se observa un escenario de mejora para el refuerzo del mensaje de realización de la prueba rápida en los más jóvenes, los menores de 20 años.

La confianza y accesibilidad fueron las dos motivaciones principales para acudir al centro comunitario a realizarse la prueba rápida. Convendrá profundizar en las barreras de acceso expresadas como preferencias de las poblaciones clave para la realización de la prueba, ya que los datos en población general muestran que un 67,4% de la población entre 18 y 64 años acudiría a su médico de familia para ello un 1,4% a la farmacia y un 0,2% acudiría a una ONG (9).

La información sobre la realización de pruebas previas en la que el 33,1% declaró no haber realizado ninguna con anterioridad, señala la dirección para avanzar en la provisión de información y de servicios de cribado y de diagnóstico a determinados grupos, en los que los entornos comunitarios se han revelado efectivos (10, 11).

La reactividad global se situó en 1,86%, próxima a la recogida en otros trabajos (12, 13, 14) más elevada en las pruebas realizadas a personas entre 45 y 49 años y 25 a 34 años y en las personas que habían nacido en otro país, que aporta información valiosa para la continuidad y mejora de las acciones en materia de prevención y control.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía para la realización de pruebas rápidas del VIH en entornos comunitarios. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
2. Champenois K, Le Gall J-M, Jacquemin C, et al. ANRSeCOM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open* 2012; 2:e000693. doi:10.1136/bmjopen-2011-000693.
3. Débora Álvarez-del Arco, Susana Monge, Yaiza Rivero-Montesdeoca, et al. Implementing and expanding HIV testing in immigrant populations in Europe: Comparing guideline's recommendations and expert's opinions. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2017; 35(1): 47-51. DOI: 10.1016/j.eimc.2015.08.008
4. Press Release. ECDC and WHO call for improved HIV testing in Europe. Copenhagen/Stockholm, 26 November 2020. Disponible en https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-world-aids-day-press-release-2020_0.pdf
5. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 – 2019 data.
6. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2020.
7. Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis. Actualización del Continuo de Atención del VIH en España, 2017-2019. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III / Plan Nacional sobre el Sida – Dirección General de Salud Pública; 2020
8. ONUSIDA. Claves para entender el enfoque de acción acelerada. Poner fin a la epidemia de sida para 2030. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_es.pdf Consultado el 10 de noviembre de 2021.
9. Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario 2019. Resumen Ejecutivo. Disponible en https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sa_nit_2019/RESUMEN_EJECUTIVO_BS_2019_V2.pdf . Consultado el 8 de noviembre de 2021
10. Martinez Sanz J y Perez Elias MJ, HIV Testing in Spain: Are we doing our job?. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2021; 39 (1):1.2

11. Jessika Deblonde, Petra De Koker, Françoise F. Hamers, Johann Fontaine, Stanley Luchters, Marleen Temmerman, Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review, *European Journal of Public Health*, Volume 20, Issue 4, August 2010, Pages 422–432, Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp231>
12. Fernandez-Lopez L., Reyes Urueña J. Conway A. et al. The contribution of HIV point of care test in early HIV diagnosis: community based HIV testing monitoring in Catalonia, 1995-2018. *Euro Surveill.* 2020; 25(43):pii=1900424
13. Krabbenborg, N., Spijker, R., Żakowicz, A.M. *et al.* Community-based HIV testing in The Netherlands: experiences of lay providers and end users at a rapid HIV test checkpoint. *AIDS Res Ther* **18**, 34 (2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12981-021-00357-9>
14. Brady, M., Shanley, A., Hurley, C. *et al.* Establishment of a national surveillance system to monitor community HIV testing, Ireland, 2018. *Ir J Med Sci* 189, 1507–1514 (2020). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02217-3>