

EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y OTRAS ITS 2017-2020

MINISTERIO DE SANIDAD

DICIEMBRE DE 2020

ÍNDICE

1. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN	4
2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	8
3. CRITERIOS DE VALORACIÓN: DEFINICIÓN DE CADA CRITERIO Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN	9
4. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EVALUADA	10
5. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA EVALUACIÓN	11
6. CONDICIONANTES Y LÍMITES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN	12
7. HALLAZGOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN	13
8. RECOMENDACIONES	13

Redactora. Inma Gisbert Civera
Consultora en Salud Pública, Cooperación internacional y Género

ABREVIATURAS

CCAA	Comunidades Autónomas
CD4	Linfocitos CD4
COAC	Comité asesor y consultivo de ONGs del Plan Nacional sobre el Sida
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
GBHSH	Gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres
GeSIDA	Grupo de estudio del Sida-SEIMC
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida
ONG	Organización no gubernamental
PNS	Plan Nacional sobre el Sida
PrEP	Profilaxis preexposición
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

NOTA

Presentamos un resumen ejecutivo con los principales hallazgos del proceso de evaluación del Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS 2017-2020. Este documento forma parte del documento final de evaluación del Plan Estratégico por ello, se recomienda que, para la lectura de este resumen, se acompañe del documento completo.

Esta evaluación se ha hecho a petición del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad mediante la contratación de un experto externo.

01

RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Se presenta a continuación de manera resumida cuáles han sido los principales aprendizajes del proceso de evaluación así como los retos que se asumirán en el diseño del nuevo Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras ITS 2021-2030. Esta información se describe con mayor detalle a lo largo del informe y en la versión extensa del informe del proceso de evaluación.

APRENDIZAJES DEL PROCESO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

La importancia de la estructura del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad.

La estructura del PNS, tanto a nivel de recursos económicos como humanos, y su reconocimiento y liderazgo dentro del Ministerio, influye en la capacidad para impulsar procesos de coordinación y alcanzar los objetivos que plantea el Plan estratégico.

La cobertura universal de la salud como medio para reducir las desigualdades sociales en salud.

Garantizar la cobertura universal a la salud real de toda la población es imprescindible para que las acciones incluidas en el Plan contribuyan a reducir las desigualdades sociales en salud.

Dificultades en la gestión.

La excesiva burocracia que implica la gestión de la orden de subvenciones para las ONG y de los contratos y convenios, además de afectar a la motivación y tiempo del equipo técnico, condiciona también la posibilidad de llevar a cabo un seguimiento técnico de mayor calado de los proyectos así como de promover coordinaciones, entre los proyectos aprobados o proponer evaluaciones para la medición de su contribución al Plan y la identificación de buenas prácticas.

La motivación y mirada fresca del nuevo equipo ha facilitado la puesta en marcha de acciones y la mejora del trabajo coordinado entre todos los actores.

Todos los actores valoran el impulso de los últimos dos años y manifiestan su motivación por trabajar de manera coordinada en la respuesta al VIH.

SOBRE LA ESTRUCTURA, FORMATO Y ENFOQUE DEL NUEVO PLAN

- **La aplicación de los enfoques transversales requiere de mayor concreción y acompañamiento.** La incorporación de los enfoques de género y de diversidad sexual debe ser más explícita, incluir a todo tipo de acciones y poblaciones y contar con las herramientas necesarias para su aplicación real y efectiva.
- **Un plan que incluya a todas y todos.** El Plan ha recogido de manera general las necesidades de los diferentes colectivos, pero se requiere contar con una estructura que vincule los objetivos con acciones concretas para todos los grupos poblacionales e indicadores para analizar sus avances.
- **La importancia del ciclo de planificación, seguimiento y evaluación.** El Plan estratégico se ha concretado en planificaciones operativas anuales y existe motivación e interés por todos los actores en realizar un seguimiento de las acciones. Para el nuevo Plan se precisa contar con planificaciones operativas que concreten anualmente las acciones, que cuenten con indicadores y con espacios en los que participen los diferentes actores para la consolidación, análisis y toma de decisiones sobre las futuras acciones.
- **El plan debe incluir el VIH y las ITS.** El nuevo Plan deberá incluir desde su inicio la situación de las ITS al igual que la del VIH y proponer acciones diferenciadas y algunas conjuntas para el abordaje de todas las infecciones.

SOBRE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS

- **Refuerzo de los espacios de coordinación a nivel nacional y asumir el reto internacional.** Se han fortalecido los espacios de coordinación a nivel nacional en los últimos dos años de ejecución del Plan y se identifican algunos aspectos de mejora en relación a la participación, operatividad y su orientación a la acción y toma de decisiones. En el ámbito internacional, aunque ha existido voluntad, todavía faltan recursos y un tiempo de recorrido para recuperar la visibilidad de España en el ámbito del VIH.
- **La coordinación entre actores es clave para la incorporación de la educación afectivo sexual.** La coordinación con otros actores del ámbito educativo así como entre las ONG, el PNS, otros Ministerios, otras unidades dentro del Ministerio de Sanidad y las CCAA facilita la promoción de acciones dirigidas también a población general y a población joven en particular en este ámbito.
- **Consolidación del SINIVIH e incorporación de algunas ITS en los sistemas de información con retos pendientes para el futuro.** Se ha logrado consolidar el SINIVIH e incluir las ITS de declaración obligatoria pero se precisa fortalecer los sistemas de información debilitados en los últimos años, incorporar nuevas variables como la identidad de género, desarrollar metodologías para brindar información para el avance de los indicadores relacionados con la estrategia 90-90-90 y la calidad de vida de las personas con el VIH y mejorar la notificación y análisis de las ITS en todas las CCAA.
- **Necesidad de monitorizar los instrumentos orientados a mejorar el diagnóstico precoz.** Se dispone de dos guías (ámbito sanitario y comunitario) que orientan el diagnóstico precoz pero será necesario monitorizar su uso y buscar estrategias para que permeen en todos los niveles asistenciales, principalmente en atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud.

- **El desarrollo de nuevas estrategias de prevención y el abordaje de nuevas situaciones marcan el camino para contribuir a la reducción de la incidencia del VIH.** La estrategia de la implementación de la PrEP como prevención y los avances en el abordaje de la práctica del CHEMSEX son dos elementos que se valoran de manera muy positiva para reducir la incidencia en algunos colectivos. El seguimiento de la implementación de la PrEP brindará información y la oportunidad de poder controlar su evolución y la incidencia de las ITS en la población incluida así como abordar su sexualidad en el modelo de atención.
- **Los documentos de recomendaciones son un referente para los y las profesionales pero debemos asumir el reto de medir su uso y recoger información relacionada con la calidad de la atención.** La valoración de los y las profesionales es positiva identificando como aspecto la necesidad de mejorar el seguimiento sobre el uso de los mismos así como asegurar que llegue a todos los niveles asistenciales que corresponda por el tema que aborde. Aspectos como las comorbilidades del VIH con alteraciones cardiovasculares, metabólicas, óseas y tumores, aunque se registran individualmente en las historias clínicas, se debería asumir el reto de contar con un registro o sistema que permitiera contar con toda esta información de todos los pacientes con el fin de poder analizarla y complementar con ella la medición de la calidad de vida de las personas con infección por el VIH.
- **Se precisa seguir trabajando en la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles.** Se cuenta como principal fortaleza con las guías y documentos de consenso en el que han participado sociedades científicas de diferentes especialidades y niveles de atención pero todavía hay retos como la coordinación y trabajo conjunto entre unidades y/o servicios que tienen diferentes ámbitos de actuación (servicios asistenciales de atención especializada y atención primaria) y salud pública, la falta de tiempo de los y las profesionales de atención primaria, y, la necesidad de impulsar procesos formativos dirigidos a todos los niveles asistenciales.
- **El programa ESTHER contribuye a la mejora de la práctica clínica en el ámbito del VIH en los países socios.** A través principalmente del Master *online* se ha continuado formando a profesionales de diferentes países de América Latina y cuenta, tanto con el reconocimiento por parte de otros actores implicados en la respuesta al VIH como de los países socios de donde proceden los profesionales que valoran su utilidad para la mejora de la práctica clínica.
- **El pacto social ha posicionado el estigma y la discriminación como una prioridad en la respuesta al VIH.** Se valora de manera muy positiva tanto como espacio de coordinación entre actores como por la pertinencia de abordar el tema y se identifica como principal factor que ha dificultado la implementación del Pacto Social las dificultades administrativas para poder tramitar los contratos mencionados y la desmotivación que supone esto para las personas implicadas.
- **Estamos muy cerca de alcanzar las metas de ONUSIDA 90-90-90.** La estimación del continuo de atención del VIH en España entre 2017 y 2019 muestra que el 87% de las personas con el VIH conocen su diagnóstico, el 97,3% de los y las pacientes diagnosticados reciben tratamiento antirretroviral y el 90,4% de ellos mantienen la carga viral indetectable.

Y COMO PRINCIPALES RETOS PARA EL PRÓXIMO PLAN

Diseñar un nuevo Plan de manera **participativa** basado en las **competencias** de cada uno de los actores implicados en la respuesta a la epidemia del VIH y que defina **líneas maestras** y las acciones basadas en la evidencia científica, realistas, con **indicadores** con metas y que permita ver las acciones dirigidas a cada población.

Para ello, estableceremos, tal y como ha hecho ONUSIDA, un plan intermedio hasta 2025 y un objetivo final hacia la eliminación del VIH en 2030 mediante las siguientes acciones:

- Establecer los mecanismos necesarios para **disminuir la fracción no diagnosticada** promoviendo el diagnóstico precoz en todos los niveles de atención.
- Formalizar el compromiso de **dar prioridad a la calidad de vida**, la multi-morbilidad y la discriminación pidiendo el establecimiento de medidas, objetivos y métodos específicos. Para ello se establecerán las medidas y herramientas más adecuadas para medir la calidad de vida relacionada con la salud de manera estandarizada.
- **Promover los derechos humanos** eliminando todos los obstáculos sociales y jurídicos para acceder a los servicios del VIH que resultan del estigma y la discriminación en los sistemas de atención de la salud y fuera de ellos (por ejemplo, las leyes punitivas que penalizan los comportamientos de riesgo como el trabajo sexual y el consumo de drogas) y mejorar la aceptación social del VIH en general. Para ello se trabajará de forma coordinada para la implementación del Pacto Social por la no discriminación de las personas con el VIH.
- **Disminuir la incidencia de las ITS** con el diseño de un Plan estratégico definiendo estrategias conjuntas para su prevención, atención y tratamiento basado en la evidencia científica, y con indicadores definidos para las acciones a realizar en la prevención y control de las ITS.
- **Garantía del Acceso universal** a la atención sanitaria en las personas con el VIH.
- Mejora de la **educación afectivo-sexual**.

02

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Se presenta a continuación el **informe ejecutivo** del proceso de evaluación externa del Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras ITS 2017-2020, esto es, la prórroga aprobada del Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras ITS 2013-2016 que, en adelante se referenciará como el Plan.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

- Evaluar cualitativa y cuantitativamente el **nivel de alcance de los objetivos y resultados propuestos (eficacia)** en el Plan.
- Valorar el Plan como **instrumento de planificación (diseño)**.
- Analizar el papel del Plan en la **coordinación** del Ministerio de Sanidad con el resto de actores en el ámbito del VIH y las ITS.
- Analizar los **procesos** que han facilitado o promovido la implementación del Plan.

03

CRITERIOS DE VALORACIÓN: DEFINICIÓN DE CADA CRITERIO Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación se ha organizado en una matriz de evaluación estructurada por las siguientes dimensiones y criterios de evaluación.

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	CRITERIOS
Estructura	Se analiza si el diseño del Plan se ha ajustado a la estructura disponible (existente o prevista) para asegurar su implementación.	Pertinencia Eficiencia
Diseño	Grado en que el diseño de las acciones han permitido y/o facilitado el cumplimiento de los resultados y estos a su vez a alcanzar los objetivos. Se analiza la coherencia interna entre acciones y objetivos así como los indicadores	Pertinencia Coherencia
Procesos	Análisis de los tipos y nivel de mecanismos de coordinación, seguimiento y participación de los diferentes actores implicados.	Eficiencia Coordinación
Resultados	Para valorar la cobertura se ha analizado el nivel de implementación de las acciones del Plan en la población objetivo y análisis de sus dificultades y logros. Para analizar la eficacia se ha analizado el grado de alcance de los objetivos del Plan así como de los insumos concretos generados por el proyecto y de la calidad de los bienes y servicios generados. Por último, a pesar de la dificultad de evaluar el impacto, se ha incluido el análisis de los cambios más significativos producidos por el Plan.	Cobertura Eficacia Impacto

04

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EVALUADA

El Plan es el pilar sobre el que se rigen las líneas de actuación del Plan Nacional sobre el Sida, en adelante PNS, en colaboración con las comunidades autónomas, sociedad civil, sociedades científicas y colegios profesionales y ministerios involucrados en el abordaje de la infección por el VIH.

Se ha considerado como **unidad de evaluación el Plan**, es decir, el plan que abarca de 2017 a 2020, por tres motivos:

- Porque ya se cuenta con una evaluación realizada previamente del período 2013-2016.
- Porque presenta un alcance temporal mucho más accesible para recopilar información así como para identificar en el discurso cambios promovidos por él.
- Porque asume los mismos objetivos que el Plan 2013-2016 estructurándolos de otra manera y definiendo las líneas de acción como los retos sobre los que había que seguir trabajando durante ese período de tiempo.

Sin embargo, para el análisis de contexto y estructura en el que se presenta la evolución de la epidemia y del presupuesto y estructura del PNS se ha tomado como referencia el marco temporal que abarcan el Plan y su prórroga, esto es 2013-2020 por ofrecer una visión más amplia y con mayor recorrido de la situación que aporta información para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones.

El Plan tenía como objetivo general trabajar conjuntamente con todos los agentes implicados en la respuesta a la epidemia adaptándose a los cambios en las necesidades sociosanitarias de todas las personas con el VIH y otras ITS garantizando la prevención, la calidad en la atención sanitaria y la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social. Para ello, se plantearon diez objetivos específicos con las siguientes líneas de acción:

OE1. Favorecer la coordinación nacional e internacional.

OE2. Adaptar los sistemas de información a las necesidades en la respuesta a la epidemia del VIH y otras ITS.

OE3. Incrementar los conocimientos frente a la infección por el VIH.

OE4. Disminuir la incidencia de infecciones por el VIH y otras ITS.

OE5. Promover el diagnóstico precoz de la infección por el VIH y otras ITS.

OE6. Prevenir la limitación de la capacidad funcional y de la comorbilidad asociada.

OE7. Mejorar el acceso al tratamiento precoz a las personas con infección por el VIH y otras ITS.

OE8. Garantizar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad asistencial entre niveles asistenciales.

OE9. Promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con el VIH e ITS.

OE10. Garantizar la igualdad en el acceso a la prevención y la atención socio-sanitaria de las personas con el VIH e ITS.

05

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA EVALUACIÓN

La evaluación ha incorporado un enfoque sistémico con el fin de facilitar el análisis y la comprensión de todos los aspectos analizados y permitir una visión articulada e interdependiente de las dimensiones de diseño, proceso y resultados que organizan, junto a los criterios, la matriz de evaluación.

De manera transversal, el proceso de evaluación ha incorporado los enfoques de género y de derechos, tanto en el diseño como en la implementación del Plan.

El enfoque metodológico utilizado ha sido mixto incluyendo fuentes secundarias de carácter cuantitativo y técnicas de recogida de información que, si bien inicialmente eran principalmente cualitativas, el contexto de la pandemia de la COVID-19 obligó a adaptarlas tanto en el tiempo como en su formato y se incluyó un mayor número de técnicas cuantitativas, concretamente cuestionarios. Se incluye a continuación en una tabla la descripción de las técnicas utilizadas.

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN
Revisión Documental	En el proceso de evaluación se ha llevado a cabo una revisión de los documentos de diseño del Plan y los generados durante su implementación, así como de todos aquellos que por contexto o temática han tenido relación con el Plan. Se adjunta el listado en el Anexo IV del documento final.
Entrevistas	Se han llevado a cabo un total de 16 entrevistas semiestructuradas a diferentes agentes implicados en el proyecto y a organizaciones e instituciones que trabajan en el mismo. Concretamente: Equipo técnico de la SPNS (5), otras Direcciones o Servicios del Ministerio de Sanidad (2), ONG (2), Sociedades Científicas (1), Plan Nacional sobre Drogas (2) y personas expertas (PrEP, Chemsex, Equidad, Derecho y VIH) (4)
Grupos de discusión	Se han llevado a cabo 3 grupos de discusión: uno con miembros del COAC, otro con CCAA y otro con miembros del Comité Coordinador del Pacto Social.
Cuestionarios	Se han diseñado un total de 6 cuestionarios que fueron respondidos por los siguientes grupos o perfiles con las siguientes respuestas. ONG (21), CCAA (5), Centros de ITS (5), Sociedades Científicas (2), Sociedades Científicas vinculadas a la atención primaria (1), Profesionales sanitarios que han participado en las recomendaciones relacionadas con el VIH (16) y, Países socios del Programa ESTHER (9).

06

CONDICIONANTES Y LÍMITES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

- En el proceso de evaluación se han encontrado las siguiente limitaciones
En relación al contexto en el que se ha llevado a cabo la evaluación

En el proceso de evaluación se han encontrado las siguiente limitaciones:

En relación al **contexto** en el que se ha llevado a cabo la evaluación:

La pandemia provocada por el virus de la COVID-19 y el estado de alarma decretado el 14 de marzo del 2020 y prolongado hasta el 21 de junio de 2020, ha supuesto una situación de excepcionalidad que ha afectado al proceso de evaluación de la siguiente manera:

- En relación a los tiempos previstos inicialmente que se han visto afectados al paralizarse el proceso de evaluación totalmente durante 2 meses y parcialmente durante el resto del tiempo.
- La disponibilidad de los y las informantes clave ha sido limitada lo que ha ocasionado que en alguna de las técnicas, a pesar de la colaboración y apoyo del equipo técnico del PNS, la respuesta haya sido baja o inexistente.
- En relación a la metodología, todas las técnicas han tenido que ser adaptadas y realizadas de manera virtual, asumiendo con ello las limitaciones que puede conllevar realizar un grupo de discusión online por la pérdida de espontaneidad y fluidez en el discurso y debate entre las personas participantes.

En relación a la **documentación y fuentes de verificación**:

La estructura del Plan, su falta de vinculación con las planificaciones operativas y las memorias de las acciones realizadas unida a la ausencia de indicadores, ha dificultado la revisión documental y la vinculación y contribución de las acciones realizadas al alcance de los objetivos.

07

HALLAZGOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Se presentan a continuación los hallazgos de la evaluación organizados por las dimensiones de análisis y los criterios de evaluación.

1. CONTEXTO Y ESTRUCTURA

Con el fin de describir el contexto en el que se diseñó e implementó el Plan, se presenta un resumen de la situación del VIH entre los años 2013 y 2020, así como del presupuesto destinado a la respuesta de la epidemia del VIH por parte del PNS y una descripción de los cambios legislativos y estructurales que han podido afectar a la implementación del Plan durante este período.

Evolución de la situación del VIH 2013-2019

- El número de **nuevos diagnósticos de VIH** ha ido descendiendo ligeramente desde el año 2013 en el que se registraron 4.229 a los 3.244 en 2018, lo que significa que se ha pasado de una tasa de 9,08 por cada 100.000 habitantes en 2013 a 6,94 en 2018.
- En relación a la **distribución por sexo** de los nuevos diagnósticos, ha permanecido estable durante el período de tiempo estudiado acumulando alrededor del 83-85% de cada año los diagnósticos en hombres.
- El **modo de transmisión** se ha mantenido bastante similar durante el período analizado, siendo la vía sexual la más frecuente entre hombres que tienen sexo con hombres, seguida de la heterosexual y con un porcentaje muy inferior la de personas usuarias de drogas.
- Analizándolo **de manera diferenciada en hombres y en mujeres** observamos que en el caso de las mujeres se ha mantenido a lo largo de estos años el modo de transmisión más o menos en la misma proporción disminuyendo ligeramente, menos de un punto porcentual, la transmisión heterosexual. Y, en el caso de los hombres, se mantiene también en proporciones similares.
- En el análisis por **origen** de la población, se puede observar como entre el 2013 y el 2018 ha ido de manera constante descendiendo el porcentaje de nuevos diagnósticos en personas de origen español pasando de un 67,5% en 2013 a un 56,3% en 2018 y a la vez ha aumentado el de otros orígenes, principalmente el porcentaje de nuevos casos de origen latinoamericano pasando de un 16% en 2013 a un 21,07% en 2018.
- En el análisis de los nuevos diagnósticos de VIH por **origen desagregado por sexo** se puede observar que:
 - La reducción de los nuevos diagnósticos de origen español ha sido mayor en hombres (12,1% de diferencia entre 2013 y 2018) que en mujeres (7,1% de diferencia entre 2013 y 2018).

- La proporción de nuevos diagnósticos de personas procedentes de África Subsahariana es mucho mayor en mujeres que en hombres, para el año 2018 representa un 3,5% de los nuevos diagnósticos en hombres y un 21,3% de los nuevos diagnósticos en mujeres, manteniéndose en ambos casos el porcentaje constante en el período analizado.
- El caso de personas de origen latinoamericano en el período analizado ha aumentado tanto en hombres como en mujeres siendo el aumento más destacado en hombres; 15,2% en 2013 y 21,5% en 2018 en hombres y 20,9% en 2013 y 22,6% en 2018 en mujeres.
- En relación al **diagnóstico tardío**, definido como aquellos casos diagnosticados con menos de 350 CD4, se ha incrementado ligeramente en el período de tiempo estudiado aumentando de un 45,6% en 2013 a un 47,6% en 2018.
- En relación al objetivo fijado para 2020 por ONUSIDA 90-90-90, compromiso armonizado con la OMS, “Llegar a cero nuevas infecciones, cero muertes relacionadas con el sida, y cero discriminaciones en 2030”, en el año 2020 se hizo la estimación de la cascada de diagnóstico y tratamiento de la infección por el VIH en España con los datos de 2019. Se calculó que el 97,3% de los y las pacientes diagnosticados reciben tratamiento antirretroviral, el 90,4% de ellos mantienen la carga viral negativa pero solo el 87% de las personas con VIH conocen su diagnóstico por lo que ese 90 en 2019 todavía no se había alcanzado. Este dato situaría a España muy cerca de alcanzar los objetivos planteados por ONUSIDA para 2020. El informe también apunta a que es necesario reforzar esfuerzos para incrementar el porcentaje de personas que conocen su diagnóstico y mantener el porcentaje alcanzado de personas que reciben tratamiento con carga viral suprimida. Por último, la fracción no diagnosticada pasó de 14% en 2016 a un 13% en 2020.

La evolución del presupuesto y estructura del Plan Nacional sobre el Sida

El presupuesto destinado a la respuesta a la epidemia del VIH incluido en los presupuestos generales del Estado y destinado al PNS se ha visto reducido desde el año 2012 que eran 4,5 millones de euros a 3 millones de euros en 2019.

Además de este presupuesto, la partida destinada a la orden de subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la financiación de programas de prevención y control de la infección por el VIH y sida también ha ido variando en los últimos años; a partir del año 2012 se redujo drásticamente en casi un 75% (1.500.000€) que ha aumentado en los últimos años hasta los 2.000.000€ y que se mantiene en esa

cantidad, pero todavía supone el 50% menos del presupuesto disponible antes de 2012 (4.000.000€).

Por último, en relación a la estructura, se mencionan una serie de cambios que, si bien no todos se ven reflejados en el presupuesto, han afectado a los recursos disponibles para la respuesta al VIH y, en concreto para la implementación del Plan.

- El primero de ellos es la **pérdida de visibilidad y capacidad** del trabajo de la Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida como tal (organismo encargado de la coordinación de los programas y actividades de prevención, asistencia e investigación relacionados con esta infección), a partir del año 2012, que afectó a su liderazgo tanto en la coordinación a nivel internacional como nacional.

- A nivel **internacional** y aunque no sea específicamente presupuesto vinculado al Ministerio de Sanidad, en el año 2012 el Gobierno de España dejó de contribuir económicamente al Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. A finales de 2019 se anuncia el regreso al grupo de donantes del citado Fondo con una contribución de 100 millones de euros para los próximos tres años, aunque no se ha podido confirmar si esa contribución ha sido realizada.
- En el año 2012 las **transferencias destinadas a las CCAA** para la prevención del VIH se eliminaron y pasaron a estar incluidas en los fondos de cohesión destinados a las CCAA perdiendo su carácter finalista siendo las CCAA las que deciden el destino de los fondos. Este hecho coincide también con reducción presupuestaria en las CCAA que, si bien no son objeto de análisis de este informe, contribuyen a las políticas de salud pública orientadas al VIH.

Los **recursos humanos** del PNS también han sufrido cambios:

- En el **2012** trabajaban en el PNS un total de 26 personas (Secretaría del PNS, 3 jefaturas de área, 1 jefatura de servicio, 1 jefatura de sección, 12 personas contratadas y 8 administrativas).
- En **2018**, 9 personas (Secretaría del PNS, 3 jefaturas de área, 1 personal administrativo, 1 personal auxiliar administrativo y 3 personas contratadas).
- En **2019 y 2020**, 12 personas (Secretaría del PNS, 2 jefaturas de área, 1 técnico superior, 1 personal administrativo y 7 personas contratadas).

Asimismo, **el 80% de las CCAA y el 88,9% de las ONG** que respondieron al cuestionario consideran que la estructura disponible para el Plan era insuficiente para alcanzar los objetivos previstos y coinciden todos los actores en que era un Plan sobredimensionado para los recursos disponibles que existían, identificando las siguientes debilidades en la estructura actual:

- Todavía no se han alcanzado los niveles anteriores ni se han recuperado todas las acciones que se realizaban desde el PNS antes de 2012.
- Necesidad de personal para impulsar las acciones del Plan así como los procesos de coordinación y los grupos de trabajo y de garantizar su estabilidad.
- Sobrecarga por la burocracia asociada a procedimientos administrativos (gestión de contratos y convenios y de la orden de subvenciones a ONG).
- Falta de compromiso presupuestario para todo el período de implementación del Plan que brinde la seguridad de poder implementar lo planificado.
- Debilidad de los planes autonómicos, siendo estos una pieza clave también para la implementación del Plan.

Cambios legislativos que han podido afectar a la implementación del Plan

Se han identificado como cambios legislativos que más han podido influir en la implementación del Plan y que puede afectar en el futuro, a todos aquellos relacionados con la cobertura universal de la salud.

En estos momentos está vigente el Real Decreto 7/2018 sobre el «acceso universal al Sistema Nacional de Salud» con el cual se pretende garantizar la cobertura universal de la salud. En la práctica se han seguido dando casos de exclusión así como diferencias entre CCAA y barreras administrativas, como la exigencia de 3 meses de empadronamiento, que siguen limitando el derecho a la salud, principalmente a la población más vulnerable. Esta situación de contexto es importante tenerla en cuenta en relación a la implementación del Plan y cómo ha podido afectar y, sobretodo, de cara al diseño de un nuevo Plan.

El 28 de enero del 2020 se publica el Real Decreto 139/2020, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad,

que modifica el del 10 de marzo (Real Decreto 454/2020) y en el que no aparecen asignadas las competencias sobre tuberculosis y hepatitis que habían sido realizadas por la SPNS durante los años 2018-2019.

El 4 de agosto de 2020 se publica un nuevo Real Decreto 735/2020, de estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales del Ministerio de Sanidad, que modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero. En él, la SPNS depende de la Dirección General de Salud Pública pero pierde las competencias relacionadas con la gestión de las ayudas sociales solicitadas por las entidades sin ánimo de lucro para las actividades de prevención y control del VIH, pasando éstas a la subdirección de promoción de la salud y calidad.

Así mismo, el personal de la SPNS no está asignado a la Unidad sino que pertenece dentro de la RPT, a diferentes Unidades de la Dirección General de Salud Pública.

2. PERTINENCIA

La pertinencia hace referencia a la adecuación de los objetivos del Plan al contexto en el que se ha llevado a cabo y a las necesidades de las instituciones, entidades y de la población a la que se dirigen las acciones.

El proceso de evaluación ha puesto de manifiesto que la pertinencia del Plan ha sido alta ya que las necesidades y prioridades del Plan 2013-2016 vienen definidas por la evaluación realizada del Plan anterior 2018-2012 y el Plan (2017-2020) asumió los mismos objetivos. Ambos documentos recogen de manera general la mayor parte de las recomendaciones de la evaluación anterior pero con poco grado de concreción. Esta amplitud de los objetivos y falta de concreción de las acciones, ha otorgado, por un lado la flexibilidad suficiente para poder incorporar en los dos últimos años algunos temas que se consideraban pertinentes y estaban paralizados, pero, por otro lado, ha servido también para no posicionarse en relación a algunos temas durante los primeros años de implementación.

Tanto el Plan 2013-2016 como la prórroga 2017-2020 han presentado debilidades en su incorporación del enfoque de género y de diversidad sexual, tanto en su diseño como en su implementación. Algunas de las áreas de mejora identificadas son: (1) la necesidad de incorporar el enfoque en las acciones dirigidas a mujeres en general o a mujeres que ejercen la prostitución, (2) la necesidad de incorporar orientaciones y/o herramientas para poder hacer efectiva la incorporación de los enfoques, (3) la necesidad de profundizar en las diferentes necesidades en relación a la diversidad sexual y de género, (4) la necesidad de incluir las variables sexo e identidad de género en todos los sistemas de información así como el enfoque de género en el análisis de la situación epidemiológica y, (5) análisis de indicadores que permitan ver la incorporación de los enfoques.

En general, se considera que el Plan incluye a grupos de población vulnerable pero, por su carácter general no se detallan acciones específicas para estos grupos. Además, se identifican nuevos grupos poblacionales teniendo en cuenta tanto los criterios epidemiológicos como los de vulnerabilidad social.

Con respecto a la **utilidad** que ha tenido el Plan, los actores participantes en el proceso de evaluación refieren los siguientes usos: (1) para mantener una parte de las acciones previstas a pesar de los cambios de liderazgo y presupuestarios y, (2) para definir el marco político y marco de referencia para el resto de actores. Se identifican como debilidades en relación a la utilidad su carácter excesivamente general y el hecho de no contar con indicadores.

Las **expectativas** recogidas con respecto al nuevo Plan son:

- En relación a la **participación** de agentes, el Plan debería servir para promover la apropiación y la coordinación de todos los agentes identificando nuevos actores necesarios para la respuesta al VIH y las ITS y definiendo las acciones en función de las competencias de cada uno.
- Con respecto a su **utilidad**, debería definir el posicionamiento del PNS definiendo un acuerdo de mínimos para el trabajo en prevención del VIH y las ITS e incluir un sistema de seguimiento y evaluación, incluyendo indicadores con metas.
- En relación a la **estructura**: (1) debería ser un documento que defina líneas maestras, concretando acciones basadas en la evidencia científica, realistas y con indicadores con metas, (2) clara y que permita ver las acciones dirigidas a cada población y, (3) que incluya planes anuales operativos y un sistema de seguimiento.
- Con respecto al **enfoque**, el Plan debería incluir los determinantes sociales y legales de la salud incorporando una visión más holística de la salud y el enfoque de género, diversidad sexual y derechos.
- En relación a los **contenidos**, además de algunos de los contenidos básicos para la respuesta a la epidemia ya incluidos en el Plan como son la prevención primaria (incluyendo estrategias como la PrEP), el diagnóstico precoz, la reducción del estigma y la discriminación, la formación de profesionales y la coordinación entre la atención primaria y la especializada, se propone la inclusión de otros como la educación afectivo-sexual, el envejecimiento y el VIH, la vinculación de la respuesta al VIH y la estrategia de cronicidad, el abordaje del fenómeno del chemsex, la incorporación de acciones dirigidas a población general y las modificaciones necesarias para garantizar la sanidad universal.

Por último, el Plan se alinea tanto con planes y estrategias internacionales como con planes autonómicos, incluyendo el objetivo de la estrategia de ONUSIDA 90-90-90.

3. COHERENCIA INTERNA

El Plan 2013-2016 presenta debilidades en su **coherencia interna** en relación a la lógica de intervención, es decir, en la vinculación de las acciones planteadas con los objetivos así como con los ejes poblacionales con cada uno de ellos. En el caso del Plan objeto de evaluación, 2017-2020, que incluía los mismos objetivos específicos del Plan 2013-2016 y un listado de retos para cada uno de ellos, se presentan más debilidades todavía al no contar con una matriz de planificación que permita ver la cadena de resultados para lograr el cambio deseado, es decir, que en el diseño sea visible que realizando las acciones planteadas con los recursos disponibles se alcanzará el objetivo propuesto. Esta situación unida a la falta de indicadores y metas así como de un sistema de seguimiento en ambos documentos,

ha dificultado que el documento definiera claramente adonde se pretendía llegar y cuál era el camino para hacerlo así como su seguimiento. La ausencia de indicadores ha puesto encima de la mesa la necesidad de contar con fuentes de verificación ya existentes e identificar otras ya existentes con las que se pueda coordinar para obtener la información necesaria.

En relación a los contenidos, la mayor parte de los actores afirman que el Plan está diseñado para dar respuesta a la epidemia del VIH en todos los ámbitos y que las ITS se incluyen de manera residual no habiéndose realizado un diagnóstico sobre las necesidades concretas ni una identificación de la población más vulnerable en relación con las ITS.

4. EFICIENCIA

La excesiva burocracia que implica la gestión de la orden de subvenciones para las ONG y el tiempo que el equipo técnico le dedica o las dificultades encontradas para la gestión de los contratos y convenios, ilustran muy bien la baja eficiencia de los mecanismos de gestión con los que se cuenta para las acciones del PNS. Esta situación, además de afectar a la motivación y tiempo del equipo técnico, en el caso de la orden de subvenciones afecta a la posibilidad de llevar a cabo un seguimiento técnico de mayor calado de los proyectos así como de promover coordinaciones, entre los proyectos aprobados o proponer evaluaciones para la medición de su contribución al Plan y la identificación de buenas prácticas.

El seguimiento de las acciones del Plan ha presentado dificultades debido a: (1) la ausencia de indicadores, (2) la baja utilidad de las planificaciones anuales para el seguimiento y, (3) la dificultad de hacer seguimiento técnico por la falta de personal y la excesiva burocracia de procesos ya mencionados. Como elementos positivos para la puesta en marcha de un sistema de seguimiento y evaluación se han identificado: (1) el interés y la necesidad expresada por todos los actores de contar con un sistema de seguimiento y, (2) los avances realizados en algunos procesos como la orden de subvenciones para alinearlos con las prioridades del Plan.

5. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN

El proceso de diseño del Plan no contó con una alta participación por parte de todos los actores implicados y una parte de ellos manifiestan no conocerlo. Durante la implementación del Plan la participación por parte de todos los actores se ha dado en acciones concretas tales como grupos de trabajo o reuniones de coordinación en el caso de las CCAA, pero no ha existido un espacio de coordinación en el que participaran todos los actores para realizar el seguimiento del Plan con el fin de conocer los avances y tomar decisiones para el diseño de futuras acciones. Asimismo, se identifica como debilidad la falta de espacios para la coordinación y participación de actores como los prestadores de servicios, es decir con las instituciones y profesionales que brindan la atención sanitaria.

6. EFICACIA

La eficacia trata de valorar el grado de consecución de los objetivos inicialmente previstos, es decir, persigue analizar el Plan en función de su orientación a resultados.

El nivel de alcance de los diez objetivos incluidos en el Plan ha sido desigual:

- Los espacios y mecanismos de coordinación a nivel nacional se han fortalecido en los últimos dos años de ejecución del Plan y, aunque son bien valorados por todos los actores, se identifican algunos aspectos de mejora con el fin de mejorar su participación, operatividad y su orientación a la acción y toma de decisiones. En el ámbito internacional, aunque ha existido voluntad, todavía faltan recursos y un tiempo de recorrido para recuperar la visibilidad de España en el ámbito del VIH.
- La incorporación de la educación afectivo sexual es clave para mejorar los conocimientos sobre el VIH y promover una visión de la sexualidad positiva y, para ello la coordinación con otros actores del ámbito educativo así como entre las ONG, el PNS y las CCAA y la promoción de acciones dirigidas también a población general y a población joven en particular es necesaria. El trabajo conjunto entre el PNS y otros actores del Ministerio de Sanidad en relación a la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva constituyen un punto de partida para promover las acciones de prevención del VIH desde una visión más holística.
- La reducción presupuestaria y de recursos humanos del año 2012 afectó gravemente a los sistemas de información manteniéndose los sistemas poblacionales y la encuesta hospitalaria pero dejando de funcionar otros como el sistema de vigilancia centinela de VIH e ITS de los centros de ITS. Durante los últimos años se ha logrado consolidar el SINIVIH e incluir ITS que eran de declaración obligatoria. Los sistemas de información precisan de la incorporación de nuevas variables como la identidad de género, de desarrollar metodologías para brindar información para el avance de los indicadores relacionados con la estrategia 90-90-90 y la calidad de vida de las personas con el VIH y de mejorar la notificación y análisis de las ITS en todas las CCAA.
- En relación al diagnóstico precoz, existe interés por parte de los actores de trabajar en ello y se cuenta con dos guías, una para el ámbito sanitario y otra para el comunitario que brindan orientaciones sobre cómo hacerlo. El uso y aplicación de las mismas deberá ser monitorizado y buscar estrategias para que permeen en todos los niveles asistenciales, principalmente en atención primaria que es donde parece que existe mayor desconocimiento de las mismas y es la puerta de entrada al sistema de salud.

- La incidencia del VIH ha disminuido en los últimos años siendo en 2013 de 9,08 y en 2019 de 6,94. La estrategia de la implementación de la PrEP como prevención y los avances en el abordaje de la práctica del chemsex son dos elementos que se valoran de manera muy positiva para reducir la incidencia en algunos colectivos. El seguimiento de la implementación de la PrEP brindará información y la oportunidad de poder controlar su evolución y la incidencia de las ITS en la población incluida así como abordar su sexualidad.
- Las acciones llevadas a cabo se han orientado principalmente a la prevención del VIH y se ha puesto menos énfasis en la prevención de las ITS. La incidencia de las ITS monitorizadas ha aumentando en los últimos años.
- En relación al acceso al tratamiento precoz a las personas con infección por el VIH y otras ITS, según la estimación de la cascada de diagnóstico y tratamiento de la infección por el VIH en España en 2019 el 97,3% de los y las pacientes diagnosticados reciben tratamiento antirretroviral. Los datos disponibles de 2019 muestran una inversión de más de 904 millones de euros anuales para el tratamiento de unas 130.000 personas con el VIH. La elaboración de documentos como el Documento de consenso sobre tratamiento antirretroviral en adultos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el de mejora de la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral, han contribuido a mejorar la calidad de la atención de los pacientes con infección por el VIH y, más concretamente en lo que se refiere a su pauta de tratamiento.
- Los documentos de recomendaciones así como la metodología para realizarlos han contribuido a prevenir la limitación de la capacidad funcional y de la comorbilidad. La valoración de los y las profesionales es positiva identificando como aspecto la necesidad de mejorar el seguimiento sobre el uso de los mismos así como asegurar que llegue a todos los niveles asistenciales que corresponda por el tema que aborde. En relación a la comorbilidad del VIH con alteraciones cardiovasculares, metabólicas, óseas y tumores, a pesar de que se cuenta con información en las historias clínicas de los y las pacientes sobre ello, no existe un sistema accesible con esta información acumulada que permita ver el avance en este aspecto que planteaba el objetivo 6 del Plan. La información se obtiene de las cohortes de seguimiento de los pacientes disponibles.
- En relación al seguimiento del paciente y la continuidad asistencial entre los niveles asistenciales, se identifica como principal fortaleza la elaboración de guías y documentos de consenso en el que han participado sociedades científicas de diferentes especialidades y niveles de atención y, como principales retos: (1) promover un trabajo de coordinación y trabajo conjunto entre unidades y/o servicios que tienen diferentes ámbitos de actuación (servicios asistenciales de atención especializada y atención primaria) y salud pública, (2) la falta de tiempo de los y las profesionales de atención primaria, y, (3) la necesidad de impulsar procesos formativos dirigidos a todos los niveles asistenciales.
- El Programa ESTHER ha continuado formando a profesionales de diferentes países de América Latina y cuenta, tanto con el reconocimiento por parte de otros actores implicados en la respuesta al VIH como de los países socios de donde proceden los profesionales que valoran su utilidad para la mejora de la práctica clínica.
- La puesta en marcha del Pacto Social ha posicionado al estigma y la discriminación en una prioridad en la respuesta al VIH. Se valora de manera muy positiva tanto como espacio de coordinación entre actores como por la pertinencia de abordar el tema y se identifica como principal factor que ha dificultado la implementación del Pacto Social las dificultades administrativas para poder tramitar los contratos mencionados y la desmotivación que supone esto para las personas implicadas.
- A pesar de la aprobación del RDL 7/2018 que ponía fin a la exclusión sanitaria, todavía existen barreras de acceso a los servicios sanitarios que ponen en peligro la igualdad en el acceso a la prevención, atención y tratamiento del VIH y las ITS.

7. COBERTURA

En este apartado se han analizado los factores que han facilitado u obstaculizado la cobertura y la puesta en marcha de las acciones del Plan.

En relación a los **factores que han facilitado**, se identifican los siguientes:

- La voluntad y motivación de todos los actores implicados en la respuesta a la epidemia.
- El equipo nuevo de trabajo formado en 2018 que aportó la mirada fresca de las personas nuevas que se incorporaron a él y motivó al resto del equipo con la posibilidad de avanzar en las acciones que llevaban un tiempo paralizadas.
- Los documentos de recomendaciones publicados por el PNS y Sociedades científicas.
- El acceso universal a los tratamientos y el cambio legislativo que facilita la cobertura universal de salud.
- La puesta en marcha del Pacto Social.
- El trabajo de las entidades sociales que llega a colectivos con menor acceso a los servicios sanitarios.

Se apuntan como **factores que han dificultado** los siguientes:

- La escasa financiación económica y de recursos humanos.
- La disparidad de criterios y dificultades de coordinación entre servicios centrales y de salud pública y servicios asistenciales en las CCAA.
- El déficit de estructuras específicas para el abordaje integral de las ITS.
- La excesiva burocratización de algunos procesos.
- La falta de cultura de planificación, seguimiento y evaluación en la administración pública.
- La falta de convocatoria de algunos grupos de trabajo como el de GBHSH y de algunos espacios de coordinación como el COAC o la Comisión Nacional.
- La existencia de una gran diversidad de agentes para llevar a cabo todas las acciones previstas sin que exista un compromiso previo de estos agentes para participar en la ejecución.
- El funcionamiento de los espacios de coordinación nacional que no permiten una toma de decisiones conjunta real.

8. IMPACTO

El impacto se refiere a los efectos generados por el Plan, positivos o negativos, esperados o no, directos e indirectos, colaterales e inducidos. A pesar de la dificultad de medir el impacto en general porque es muy difícil atribuir los cambios generados solo al Plan cuando existen múltiples factores que han podido influir, en el caso del Plan las limitaciones ya mencionadas en el apartado 6 lo dificultan todavía más. A pesar de ello, se han identificado algunos aspectos que podrían entenderse como un impacto en el refuerzo de la respuesta conjunta del VIH y su adaptación a los cambios y necesidades sociosanitarias de las personas con el VIH y otras ITS, como son:

- La mejora de la visibilización de las personas con el VIH con la puesta en marcha del Pacto Social que se valora de manera muy positiva aunque se resalta la importancia de realizar un buen seguimiento del mismo y del cumplimiento de sus objetivos.
- Posicionar el tema del estigma y discriminación al más alto nivel y como una prioridad en la respuesta a la epidemia del VIH.
- La implementación de la PrEP en el SNS y la posibilidad de monitorizar su implementación que generará aprendizajes para la toma de decisiones.
- La difusión del mensaje “indetectable es igual a intransmisible” que ha costado mucho y cambia la visión de las personas con el VIH y contribuye a reducir el estigma hacia ellas, aunque desde el PNS se matiza la importancia de incluir en el mensaje que el riesgo cero no existe y la importancia de estar en tratamiento de forma mantenida y tener una buena adherencia a él.

Se identifican como los principales **retos** para el próximo Plan los siguientes:

- Diseñar un nuevo Plan de manera **participativa** basado en las **competencias** de cada uno de los actores implicados en la respuesta a la epidemia del VIH y que defina **líneas maestras** y las acciones basadas en la evidencia científica, realistas y con **indicadores** con metas y que permita ver las acciones dirigidas a cada población.
- **Disminuir la incidencia de las ITS** definiendo estrategias conjuntas para su prevención, atención y tratamiento.
- Aumentar el diagnóstico precoz.

- Mejora de la educación afectivo-sexual.
- Acceso universal a la atención sanitaria.
- **Atención a la cronicidad**, incluir el abordaje del VIH en el marco de la Estrategia de cronicidad.

08

RECOMENDACIONES

Como fruto del análisis realizado durante el proceso de evaluación y de las conclusiones, se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Adecuar la estructura disponible con el diseño del nuevo Plan o el nuevo Plan a la estructura disponible.

Se recomienda, con el fin de realizar un ejercicio de planificación útil y realista, hacer un estudio de necesidades de personal para la implementación del nuevo Plan identificando las posibles soluciones que no sea únicamente la contratación externa para evitar la rotación de personal. De manera paralela, se recomienda adaptar la estructura al diseño del nuevo Plan, o en el caso de no poder hacerse, pensar al revés, con la estructura disponible, ¿qué plan se puede hacer?

2. Diseñar un nuevo Plan de manera participativa basado en las competencias de cada uno de los actores implicados en la respuesta a la epidemia del VIH.

Se recomienda tener en cuenta las competencias y potencialidades de cada uno de los actores a la hora de diseñar el nuevo Plan y promover la participación de todos con el fin de fomentar la apropiación. En este sentido, el contexto actual de pandemia por la COVID-19 no ayuda a promover procesos participativos pero, en la medida de las posibilidades, se recomienda contar con la opinión y propuestas de todos los actores así como intentar promover al máximo la potencialidad de cada uno de ellos. Asimismo, en relación a la estructura y diseño del nuevo Plan se recomienda realizar un documento sencillo, que defina líneas maestras y las acciones basadas en la evidencia científica, realistas y con indicadores con metas y que permita ver las acciones dirigidas a cada población.

3. Promover un compromiso presupuestario para la implementación del Plan.

El hecho de no contar con un presupuesto ni un compromiso presupuestario para los siguientes años pone en peligro la implementación del plan. Por ello, se recomienda que cada actor desde su posición realice las gestiones y/o la incidencia para que esto sea así, a nivel interno del Ministerio de Sanidad y/o trabajando la propuesta del Plan con todos los grupos parlamentarios y, por parte de la sociedad civil, promoviendo compromisos con cada uno de ellos.

4. Contar con un sistema de seguimiento, evaluación y aprendizaje (SEA).

Se recomienda que el nuevo Plan incluya una batería de indicadores con metas definidas y diseñar un sistema de seguimiento, evaluación y aprendizaje que incluya la definición del tipo de evaluaciones intermedias que se realizarán durante la implementación del Plan, la elaboración de planes operativos anuales identificando la participación de cada uno de los actores, las herramientas para la recogida de información, los espacios y mecanismos para el seguimiento con todos los actores y el análisis de la información y la definición del rol de cada uno de los actores en el seguimiento. Asimismo, se recomienda la creación de un comité de seguimiento, evaluación y aprendizaje que supervise y oriente este proceso. Este comité deberá estar formado por representación de todos los actores involucrados en la respuesta a la epidemia del VIH.

5. Definir los indicadores, metas y fuentes de verificación más adecuadas para los diferentes actores. Aunque forma parte del SEA ya mencionado, se recomienda realizar un trabajo de revisión de indicadores internacionales para adaptarlos al contexto de implementación del Plan, definir las metas de manera realista teniendo en cuenta los datos que reflejan las evaluaciones realizadas así como el análisis de las tendencias de la situación epidemiológica y hacer una revisión de posibles fuentes de verificación ya existentes en las que se pueda incidir para incluir alguna pregunta que contribuya al seguimiento del Plan tales como las vinculadas a encuestas del Plan Nacional sobre Drogas o las relacionadas con la situación de salud sexual y reproductiva.

6. Profundizar en la elaboración de indicadores y metodologías para la medición de la calidad de vida de las personas con el VIH. Se recomienda crear un grupo de trabajo para poner en común las diferentes experiencias y avances en la medición de calidad de vida y definir las acciones que sean necesarias para el desarrollo de las metodologías necesarias.

7. Mejorar el seguimiento y análisis de la contribución de los proyectos de las ONG financiados a través de la orden de subvenciones. El SEA deberá incluir indicadores y herramientas que permitan recoger la contribución de los proyectos de las ONG a los objetivos del Plan. Se recomienda además promover la realización de algunas acciones con el fin de mejorar el seguimiento, la evaluación y, con ello, la eficacia y la calidad de los proyectos financiados a ONG:

- Realizar evaluaciones de proyectos por temática y/o población con la que se esté trabajando con el fin de identificar lecciones aprendidas así como los principales cambios que se están promoviendo a través de ellos. Se recomienda una evaluación de este tipo y no de cada uno de los proyectos por el potencial de aprendizaje que puede generar evaluar acciones realizadas por diferentes entidades dirigidas a la misma población y/o con el mismo objetivo.

- Promover la realización de al menos una jornada de intercambio de experiencias anual entre las entidades con proyectos financiados por el PNS con el fin de identificar buenas prácticas y generar aprendizaje.

Como resultado de estas acciones, se recomienda estudiar el uso de otros instrumentos de financiación que permitan financiar proyectos más amplios, estables en el tiempo y que se implementen en diferentes CCAA.

8. Implementar mejoras en los espacios de coordinación. Se recomienda incorporar algunos cambios en los siguientes espacios:

- Comisión Nacional de Coordinación y seguimiento de programas de prevención de sida dentro del Ministerio de Sanidad. Revisar la composición de sus miembros e incluir a todos aquellos que se consideren importantes para la coordinación de acciones de prevención de VIH tales como el Ministerio de Interior o Empleo por los temas relacionados con el estigma y la discriminación y aquellos que se consideren. Se recomienda también revisar el formato y valorar, si no es posible cambiar el formato y/o la periodicidad de las reuniones y solo se puede realizar una al año en la que se concentre una cantidad importante de información, se recomienda crear grupos de trabajo para trabajar los temas que se identifiquen como necesarios a lo largo del año. Un tema que ha salido repetidas veces en la evaluación y que podría ser objeto de un grupo de trabajo es la educación afectivo sexual y en el grupo debería estar al menos el Ministerio de Educación, el PNS, las CCAA y las ONG.
- Grupos de trabajo. Se recomienda homogeneizar la forma de trabajo en función de lo que se considere que ha funcionado mejor. Se ha identificado que al menos el grupo de trabajo debe tener un objetivo y plan de trabajo definido en el tiempo y contar con una persona que lo dinamice que tenga experiencia en el tema.

- COAC. Se recomienda realizar una preparación previa a las reuniones de los temas a tratar estableciendo el compromiso de contar con la documentación relacionada con los temas al menos una semana antes de la reunión. Durante la reunión se tomará nota de los acuerdos alcanzados y se distribuirá la responsabilidad de seguimiento de los mismos y, en la siguiente reunión se revisará su grado de avance.

9. Promover la coordinación de acciones a nivel local.

Se recomienda promover en el marco de la iniciativa Fast track cities la coordinación con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y la incorporación de acciones de prevención del VIH y las ITS en las estrategias locales de ciudades saludables.

10. Promover la complementariedad del nuevo Plan con otros planes o estrategias.

Se recomienda establecer los canales y mecanismos para coordinar y definir acciones complementarias con otros planes o estrategias no directamente vinculadas con el ámbito del VIH tales como la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS y el Plan Nacional sobre Drogas.

11. Mejorar la gestión de la orden de subvenciones dirigida a las ONG de proyectos de prevención del VIH.

- La posibilidad de contar con mayor apoyo administrativo y/o la creación a corto plazo de una unidad de subvenciones que gestione la orden de subvenciones para las ONG.
- La posibilidad de subcontratar la evaluación de los proyectos y, con el fin de que en esta evaluación se tenga en cuenta la experiencia y conocimiento de las entidades del entorno y la población con la que trabajan, diseñar en el marco del COAC la herramienta de evaluación incorporando criterios relacionados con la experiencia en gestión e implementación de proyectos similares, experiencia en el contexto

y con la población con la que se trabaja y alineamiento de las acciones que plantea el plan, además de los relacionados con la calidad de los proyectos.

- La posibilidad de subcontratar la gestión de los expedientes, es decir, la revisión de las memorias y justificaciones de los proyectos. En este caso se le debería de solicitar a la empresa o personas externas la elaboración de un informe alineado con los indicadores del Plan así como de las principales debilidades, resistencias, amenazas, fortalezas, potencialidades y oportunidades.

12. Incluir en el nuevo Plan el enfoque de género y diversidad sexual y los determinantes sociales y legales de la salud.

Se recomienda incluir estos enfoques en las acciones teniendo en cuenta:

- La necesidad de incorporar la descripción de las diferentes necesidades y prioridades de las mujeres y hombres con diversas orientaciones sexuales e identidad de género.
- La necesidad de incluir en el diagnóstico un análisis de los determinantes sociales y legales de la salud con el fin de visibilizar las desigualdades en salud y sus causas.
- La necesidad de brindar herramientas y formación a las personas que implementan las acciones del Plan en estos temas.
- La incorporación de las variables de sexo, orientación sexual e identidad de género en los sistemas de información así como todas las relacionadas con los determinantes sociales de la salud.
- La necesidad de contar con indicadores que midan las diferentes realidades de la población y la reducción de las desigualdades sociales y de género en salud.

13. Incorporar a los colectivos vulnerables definidos por ONUSIDA. Se recomienda incluir en el nuevo Plan a los colectivos vulnerables al VIH y a las ITS partiendo de la propuesta de ONUSIDA y proponer acciones específicas para cada uno de ellos.

14. Incorporar en las acciones de prevención del VIH el modelo de activos en salud y el fomento de las acciones de salud comunitaria. Se recomienda promover en las acciones de promoción de la salud a nivel comunitario el modelo de activos en salud que promueve una visión salutogénica de la salud y no centrada en el riesgo. Para más información y detalle sobre el mismo: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>

15. Mejorar el impacto de las campañas de prevención. Para ello, se recogen algunas de las recomendaciones elaboradas por las personas participantes en el proceso de evaluación: (1) Poner el foco cada año en un colectivo con el fin de concentrar todo el presupuesto disponible en él, y (2) aprovechar los materiales de organismos internacionales y adaptarlos al contexto con el fin de reducir gastos y de aumentar el impacto sumándose a un mensaje global.

16. Incluir a las ITS como un problema de salud pública al mismo nivel que el VIH y promover acciones que articulen la prevención del VIH, ITS y las hepatitis. Se recomienda que el diseño del nuevo Plan incluya acciones para la prevención, atención y tratamiento de las ITS y hepatitis al igual que para el VIH y que desarrolle los sistemas de información necesarios para contar con información oportuna.

17. Promover la formación de profesionales sanitarios y sociosanitarios. Se recomienda diseñar un plan de formación dirigido a profesionales sanitarios y sociosanitarios que incluya al menos los siguientes temas: (1) diagnóstico y tratamiento de las ITS, (2) PrEP: situación actual, criterios de inclusión y monitorización y, (3) adicciones y abordaje del chemsex en los diferentes niveles asistenciales. Este plan debería estar dirigido a profesionales tanto de atención primaria como especializada así como de salud pública y de atención a drogodependencias.

18. Monitorizar el uso de las guías y documentos de recomendaciones así como promover su difusión y aplicación. Se recomienda promover tanto la difusión como la aplicación y el seguimiento del uso de las guías y documentos de recomendaciones con las siguientes acciones:

- Definir el procedimiento más adecuado para lograr incorporar los documentos de consenso y las guías en los circuitos de información y formación de los servicios asistenciales de las CCAA. En este sentido se ha identificado la ponencia de cribado de la Dirección General de Salud Pública como un espacio en el que se incorporan los documentos pero se debería de identificar si en las CCAA existen otros espacios, documentos o procedimientos para la incorporación de recomendaciones similares.
- Incorporar en los grupos de trabajo de creación de los documentos tanto a las Sociedades Científicas implicadas en el tema de los diferentes niveles asistenciales e identificar por parte de las CCAA personas clave tanto del ámbito de la salud pública como del ámbito asistencial.
- Promover diferentes acciones de difusión de los documentos tales la publicación en la web del Ministerio de Sanidad, web de sociedades científicas, escuelas de salud pública y/o espacios de formación de profesionales, redes sociales y medios de comunicación. Se propone también realizar una jornada de presentación del documento.
- Identificar un punto focal en cada CCAA y/o servicio o unidad responsable para el seguimiento de la difusión y aplicación.
- Diseñar y enviar un cuestionario online sobre el uso y aplicación de las recomendaciones que permita identificar los cuellos de botella con el fin de promover acciones orientadas a la mejora de la aplicación.

19. Promover la participación de personas con el VIH en la elaboración de documentos y campañas.

Se recomienda buscar herramientas para promover la participación de personas con el VIH, tal y como se realiza en iniciativas de “paciente experto” en la elaboración de campañas y/o documentos de recomendaciones.

20. Promover los cambios necesarios para lograr la cobertura universal de la salud.

Se recomienda que todos los actores, cada uno desde su ámbito de trabajo así como desde las redes y observatorios ya existentes como REDER a nivel estatal y otros a nivel autonómico, se recoja la información sobre los casos de vulneración del derecho a la salud para que sean presentados y estudiados con el fin de incorporar en el reglamento del RDL 7/2018 las medidas necesarias para que sea real la cobertura universal de la salud, tanto en el ámbito de la prevención como en la atención y tratamiento.

21. Fortalecer la educación afectivo sexual en todos los ámbitos (formal e informal) y grupos de edad.

Se recomienda promover las acciones conjuntas entre instituciones y entidades del ámbito educativo, formal y no formal e instituciones y entidades del ámbito de la salud con el fin de promover la educación afectivo sexual como enfoque para prevenir el VIH y las ITS. Estas acciones irán dirigidas principalmente a población joven.